

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Resiliency and Self-Concept in children With Cancer

Mahya Ebrahimi¹, Sima Ghodrati^{2*}, Hamidreza Vatankhah Kourandeh³

1. Master of Clinical Psychology Student, Faculty of Humanities, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, West Branch, Tehran, Iran
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, West Tehran Branch, Tehran, Iran

Received: 2020/07/15

Accepted: 2021/01/11

Abstract

Background: Acceptance and commitment Therapy is One of the Third Wave behavioral Therapies for the treatment of anxiety disorders. The purpose of this study to investigate the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Resiliency and Self-Concept in children with cancer.

Methods: The Present Study was quasi-experimental with post-test pretest design with control group. The statistical population included all children with cancer admitted to Imam Khomeini Hospital in Tehran in 1398, of which 30 children were randomly assigned to experimental and control group. Pears -Harris (1969) Self-Concept questionnaire and Connor-Davidson (2003) resilience were randomly assigned to experimental and control groups. For the experimental group, Acceptance and commitment Therapy was presented in six session of 60-minutes. Data were analyzed by analysis of covariance using SPSS24 software.

Results: The results showed that the Treatment based on acceptance and commitment had an Effect on self-concept ($p = 0.001$, $F = 24.05$) and Resiliency ($p = 0.002$, $F = 11.88$) in children with cancer. The findings showed That Acceptance and Commitment based Therapy on the components of Behavior, Anxiety, popularity, Resiliency and self-concept on children with cancer.

Conclusion: Acceptance and commitment therapy has a positive effect on resilience and self-concept of children with cancer. Therefore the use of such treatments methods is recommended to counselors and child psychologists.

***Corresponding Author:** Sima Ghodrati

Address: Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, West Branch, Tehran, Iran
Tel: 09123869082

E-mail:
sima.ghodrati17@yahoo.com

Keywords: Acceptance and commitment therapy (ACT), Cancer, Resilience, Self-concept

How to cite this article: Ebrahimi M., Ghodrati S., Vatankhah Kourandeh H. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Resiliency and self-Concept in children with Cancer, Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 2022; 29(1):1-12.

Introduction

Catching to chronic diseases as a special psychological status affect the mental and physical health of patients and families, especially during the child's disease becomes more intense and complicated. Annually, incurable diseases and cancer lead to the death of a number of children. Diagnosis of cancer can cause stress and different significant psychological pressures for the individual and family. Death caused by Cancer in children under 14 years of age is more than other diseases and this is one of the main leading causes of death in children. Quality of life determines the individual's satisfaction with life and physical health plays an effective role in its evaluation. The quality of life of individuals is influenced by many factors one of the influential factors is the self-concept problem of individuals and self-concept is one of the basic concepts of psychology. Self-concept is an imagine that children have about themselves, that shaped by received feedback from peers, parents and teachers, and the child's assessment of their mental experiences. It can be said that self-concept is learning if there is damage to this characteristic of children in the path of the formation of psychological components, it can be increased by using the correct educational methods. Research by Mahishka (2010) and Amanda (2015) shows that one of the ways that people can control their lives is to set a goal for themselves and the ability to achieve goals depends on the correctness of individual's awareness of his knowledge and self-concept. By increasing resilience and tolerance and improving the quality of life with acceptance & commitment therapy, we are seeing an improvement in the quality of life of these people. Resilience is the ability to successful compatibility to threatening situations. In other words, resilience is a positive compatibility in response to unpleasant situations. Resilience as a mediator structure increases the level of positive emotions, strengthens self-esteem and successfully confrontation with negative experiences and compatibility. When children's growth stages are disturbed by a disease, they are more at risk of causing physical, mental and psychological problems. For the treatment of psychological problems, in addition to drug treatments, various psychological therapies have been invented over successive years. Including the acceptance & commitment therapies that are the most common treatments for the third wave of behavior therapy and the aim of this treatment is to

create psychological flexibility through acceptance processes, relationship with the present time, values and creating extensive patterns, committed action related to these values. Psychological flexibility is the increase in the ability of clients to communicate with experience in the present and make choices based on what is possible for the individual at the same time and act in a manner that matches their chosen values. Continuous treatment program based on acceptance and commitment is connected with reduction of functional disability, depression, fear of pain, increased compromise with coping strategies.

The main advantage of this treatment compared to other psychotherapies is considering motivational aspects along with cognitive aspects in order to more influence and sustain the effectiveness of treatment. Considering the newness of this method, to investigate its effectiveness on mental disorders it seems necessary and can lead to a change in psychotherapy of mental disorders. Considering the above and also the lack of research in this field, the aim is to answer the question whether acceptance and commitment therapy affects resilience and self-concept in children with cancer?

Methodology

This article was taken in Tehran in 1398 from the Faculty of Humanities, Islamic Azad University, West Tehran Unit, with obtaining an ethics ID: IR. IAU. TON. REC.1399.047 was performed semi-experimentally with pre-test-post-test design with control group. The study sample consisted of all patients diagnosed with cancer admitted to the pediatric cancer ward of Imam Khomeini Hospital in Tehran in 2019, that they were mainly diagnosed with leukemia, lymphoma and brain cancer and had a history of at least one year of hospitalization and awareness of their disease, and patients' willingness and written consent from parents, ability to read and write, no other disease and physical ability, were among the criteria available to participate in the study. Since the sample was selected from among the hospitalized patients, interviewees were asked wherever they felt annoyed and tired they could interrupt the interview. Prior to the investigation, parents were briefed on confidentiality and protection of information and the use of content without their identity information. During the interview, it was tried to preserve the dignity and respect of the interviewees and no judgments were made and patients were not pressured. Due to the

age range of patients, all ethical considerations were performed with great sensitivity by the researcher. Then, the questionnaires in conditions that had been approved by the physician and the child was in favorable conditions were completed by the children with guidance and removing ambiguity from the researcher. Considering the number of hospitalized and limited people who had the willingness and ability to participate in the research, 30 patients with the lowest scores were randomly selected after answering the questionnaires. For this purpose, a list of people was prepared and a number was assigned to each and according to the lottery they were located in two experimental and control groups of 15 people. Exclusion criteria, use of psychiatric drugs from 30 days before participating in the research, participation in other psychiatric treatments at least 30 days ago, other severe physical or psychological illness, lack of interest of the child or his parents from attending the meetings. By

coordinating the hospital ward for patients six sessions in 60 minutes according to the contents mentioned in the table of description of the meetings, the researcher in the room where no other person was present, first tried to communicate and intimacy. Then, a brief explanation of the research was held to get acquainted with the concepts in the form of lectures, games, provide assignments and get feedback during six one-hour sessions. After the end of the sessions, the questionnaire was presented to the experimental group again. In this study, the following tools were used to collect data:

Results

The sample of research was selected from 8-14 years old children with leukemia in primary and secondary school with at least one year of history of the disease.

Table 1. Descriptive Statistics of Research Variables

	Variables		Standard deviation	Average	Number
Resilience	Experimental group	Pre-exam	8.14	28.80	15
		Post-exam	8.75	34.33	15
	Control group	Pre-exam	7.69	29.93	15
		Post-exam	8.01	31.20	15
Self-concept	Experimental group	Pre-exam	6.34	21.60	15
		Post-exam	6.88	29.80	15
	Control group	Pre-exam	5.06	21.13	15
		Post-exam	5.75	23.66	15

In Table 1, show the mean and standard deviation of resilience and self-concept in the post-test and pre-

test stages.

Table 2 .Default Results of Equality of Variances

variables	F	DF ₁	DF ₂	P
Self-concept	1.19	1	28	0.285
Resilience	1.87	1	28	0.182

In order to investigate the default normal distribution of data from Shapiro-Wilk test and in order to default equality test, Levene’s test table 2 has been used. First, for application of the statistical covariance method, statistical assumptions were investigated and the results showed that there is no significant difference between coefficients and the assumption of homogeneity of coefficients is established. Also to evaluate the normality of the distribution of variables in the groups, Shapiro test was used that significance level of statistics for all studied variables in experimental and control groups was more than 0.05. Therefore, existence of

significant difference between the distribution of variables and normal distribution, the assumption of homogeneity and variance of dependent variables was investigated by box test that significant level more than 0.05 shows there was no significant difference between the variances of the variables of the two groups. Therefore, equality of variances is established and covariance implementation is possible. Also, homogeneity test of regression coefficients was used and showed that the interaction between self-concept pretest and group resilience was not significant, lack of meaningfulness of interaction shows that the data support the homogeneity

hypothesis of regression slopes. In the Wilks Lambda test shows that ($F=0.002$) acceptance and commitment therapy between the two

groups, there is a significant difference in at least one of the tested variables.

Table 3. Summary of multivariable self-concept covariance analysis and resilience of experimental and control groups by removing the interaction (n=30)

	Refrences	SS	DF	MS	F	P	Squared Ata
Between groups	Self-concept	239.82	1	239.82	24.05	0.001	0.481
	Resilience	136.70	1	136.70	11.88	0.002	0.314
Error	Self-concept	259.27	24	9.97			
	Resilience	299.17	24	11.50			
Total	Self-concept	22850	30				
	Resilience	34255	30				

In Table 3, the results of multivariable covariance analysis for self-concept ($p=0.001$, $F=24.05$) and resilience ($p=0.002$, $F=11.88$), respectively show that there is a significant difference between the post-test averages of the two groups after removing the effect of random auxiliary variable; In other words, there is a significant difference between self-concept and resilience of the experimental group with the control group. Thus, there is a significant difference between the mean of the two experimental and control groups in the variable of self-concept and resilience, the research hypothesis is confirmed and the zero assumption that there is no significant difference between the average self-concept and resilience of the two groups is rejected.

Discussion

The results of research showed that there was a significant difference between resilience and self-concept in children with cancer in experimental and control groups in post-test stage, this means that acceptance and commitment therapy has an impact on resilience and self-concept in children with cancer.

According to the findings of the research, Tayebi Naeini, Mohammadkhani et al. Evaluation of the effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological flexibility of children with obsessive-compulsive disorder was analyzed based on visual analysis and descriptive statistics indexes and based on the data, acceptance and commitment therapy was effective on all four subjects. Also, in Cianatori et al. research investigated the effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety in patients with stroke. The results show that the use of acceptance and commitment therapy considerably reduces the signs and symptoms of anxiety in patients with stroke and

in research of Elaine Simon et al., the effect of cognitive-behavioral therapy (CBT) and acceptance and commitment therapy (ACT) was measured in reducing child's fear of darkness. Both interventions had considerably positive effects on children's fear of darkness. In this research, cognitive regeneration led to positive results on participants' fear of cognitive distortion.

In this study, the findings are aligned with the results of researches by Tayebi Naeini et al., Cianatori et al. and Elaine Simon et al.

In acceptance and commitment therapy, the person allows the disease to be in mind without trying to attest to the relevant thoughts. Thus, when these experiences, i.e. thoughts and feelings, are observed with openness and acceptance, even the most painful ones are less threatening and seem more tolerable and instead, non-effective inhibitory behaviors are reduced.

Thus, in this course of training, children and adolescents with cancer learn to end the fight against discomfort associated with negative emotions such as depression and anxiety and by engaging in activities that bring him closer to choosing life goals (values), apply his abilities. Acceptance and commitment therapy, instead of training more strategies for change by reducing unpleasant thoughts and feelings, unwittingly teaches authorities to acquire skills to be aware, observe unpleasant thoughts and feelings as they are and so the type of response of these children and adolescents to their negative thoughts and emotions has changed, and relative to their values, they are better able to engage with the environment and social relationships; Finally, these children and adolescents can show higher resilience.

One of the most important stages in psychological therapies, especially acceptance and commitment therapy, is taking responsibility for

treatment by children with cancer, this treatment, by appropriate assignment and working on values, flexibility, clarifying values and discussing the issue that change is possible and doing exercises with different successes, can increase people's responsibility to realize their abilities and play their role in the best possible state, in order to increase self-confidence and self-esteem, and thus, individual competencies to increase psychological flexibility.

In this treatment, it is learned that any action to avoid or control unwanted mental experiences is ineffective or has a reverse effect and experiences must be fully accepted without any reaction to remove them. Patient acceptance helps the patient to have a correct view of the treatment process and follow the treatment with commitment.

Conclusion

Since children and adolescents with cancer have learned that how to communicate differently with their dysfunctional and irrational thoughts and their negative emotions & feelings and this treatment, by creating intellectual and emotional exudations, reduces vulnerability and irrational sensitivities in stressful situations and it has helped to better and more appropriately regulate behavior. On the other hand, acceptance and commitment therapy has two parts of mindfulness and action and experience in the present time and people, by accepting their emotions and refraining from experiential avoidance, are taught to live in the present moment and now. The limitations of this research can be mentioned to limitation of statistical population of patients hospitalized in Imam Khomeini Hospital. Also, in line with this

research, it is recommended that in future researches, acceptance and commitment therapy in other geographical and ethnic areas will also be investigated and officials of the Ministry of Health in collaboration with other institutions, use psychological services (mindfulness workshops or acceptance and commitment therapy or test of psychologists) for cancer patients, especially children with cancer who can take effective steps to accelerate the treatment process to improve the resilience and self-concept of these children; It is also suggested that ACT therapeutic model be compared with other third wave therapeutic models and even traditional treatments such as cognitive-behavioral therapy, the six processes of ACT can be investigated separately for each disorder, it is suggested that researchers put this work in the context of their later studies, and expand it. Researchers can use their creativity to build new metaphors that are compatible with Iranian culture, because in ACT treatment, the way is open to present the therapist's creativity. Considering that this research has been performed on children, it is suggested to investigate on adults and the elderly.

Acknowledgment

It is necessary to sincerely thank to all the officials and staff of Imam Khomeini Hospital and all children with cancer who helped in this research.

Conflict of Interest

We, the authors of the article, declare that we have no mutual interest in writing or publishing this article.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و خودپنداره کودکان و نوجوانان سرطانی

محیا ابراهیمی^۱، سیما قدرتی^{۲*}، حمیدرضا وطن‌خواه کورنده^۳

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد، واحد تهران غرب، تهران، ایران
۲. استادیار، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد، واحد تهران غرب، تهران، ایران
۳. استادیار، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد، واحد تهران غرب، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۲۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۴/۲۵

چکیده

زمینه و هدف: درمان پذیرش و تعهد، یکی از درمان‌های رفتاری موج سوم در زمینه درمان اختلالات اضطرابی است. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و خودپنداره کودکان مبتلا به سرطان است.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه کودکان مبتلا به سرطان بستری بیمارستان امام خمینی (ره) تهران در سال ۱۳۹۸ بودند که از بین آن‌ها ۳۰ کودک به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند و از پرسش‌نامه‌های خودپنداره پیرز-هریس (۱۹۶۹) و تاب‌آوری کانر-دیویدسون (۲۰۰۳) استفاده شد. برای آزمودنی‌های گروه آزمایش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در شش جلسه ۶۰ دقیقه‌ای ارائه شد. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس به کمک نرم‌افزار SPSS24 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودپنداره ($F=24/05$, $p=0/001$) و تاب‌آوری ($p=0/002$) کودکان مبتلا به سرطان تأثیر داشته است. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های رفتار، اضطراب و محبوبیت خودپنداره همچنین بر تاب‌آوری کودکان مبتلا به سرطان تأثیر داشته است.

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و خودپنداره کودکان مبتلا به سرطان تأثیر مثبت داشته است؛ از این رو کاربرد این گونه درمان‌ها در کنار سایر روش‌های درمانی به مشاوران و روان‌شناسان کودک توصیه می‌شود.

* نویسنده مسئول: سیما قدرتی
نشانی: گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد غرب، تهران، ایران
تلفن: ۰۹۱۲۳۸۶۹۰۸۲

رایانامه: sima.ghodrati17@yahoo.com

شناسه ORCID:

0000-0002-7413-7021

شناسه ORCID نویسنده اول:

0000-0002-8239-057X

کلیدواژه‌ها:

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سرطان، تاب‌آوری، خودپنداره

مقدمه

می‌تواند استرس و فشارهای روانی قابل توجه را برای فرد و خانواده ایجاد کند. مرگ ناشی از سرطان در کودکان زیر ۱۴ سال بیش از سایر بیماری‌هاست و یکی از علل اصلی منجر به مرگ در کودکان به‌شمار می‌رود [۳]. کیفیت زندگی، مشخص‌کننده رضایت فرد از زندگی است و سلامت جسمانی، نقش مؤثری در ارزیابی آن دارد [۴]. کیفیت زندگی افراد تحت تأثیر عوامل زیادی است؛ یکی از عوامل تأثیرگذار، مسئله خودپنداره^۱ است و خودپنداره یکی از

ابتلا به بیماری‌های مزمن به‌عنوان یک وضعیت روان‌شناختی ویژه، سلامت روانی و جسمانی مبتلایان و خانواده را متأثر می‌سازد. وضعیت یاد شده به‌ویژه در هنگام ابتلای کودک، شدیدتر و پیچیده‌تر می‌گردد [۱]. سالیانه بیماری‌های صعب‌العلاج و سرطان منجر به فوت تعدادی از کودکان می‌شوند [۲]. تشخیص سرطان

1 Self-Concept

Copyright © 2022 Sabzevar University of Medical Sciences. This work is licensed under a Creative Commons Attribution- Non Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Published by Sabzevar University of Medical Sciences.

مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۹، شماره ۱، فروردین و اردیبهشت ۱۴۰۱، ص ۱۲-۱

آدرس سایت: <http://jsums.medsab.ac.ir> رایانامه: journal@medsab.ac.ir

شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

روان‌شناختی رفتاری به‌خوبی عمل می‌کند.

با توجه به جدید بودن این روش، بررسی اثربخشی آن بر اختلالات روانی، ضروری به‌نظر می‌رسد و می‌تواند در روان‌درمانی اختلالات روانی تحولی ایجاد کند.

۲. مواد و روش

این مقاله با اخذ شناسه اخلاق IR.IAU.TON.REC.1399.047 از دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب به‌صورت نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل انجام گرفت. نمونه کلیه بیماران محرز تشخیص سرطان بستری در بخش کودکان سرطانی بیمارستان امام خمینی (ره) تهران سال ۱۳۹۸ که عمدتاً مبتلا به سرطان لوسمی، لنفوم و مغز و دارای پرونده که حداقل سابقه یک سال بستری در بیمارستان و آگاه از بیماری خود و تمایل بیماران و اخذ رضایت‌نامه کتبی از والدین، توانایی خواندن و نوشتن، مبتلا نبودن به بیماری دیگر و داشتن توانایی جسمی، از ملاک‌های ورود برای شرکت در پژوهش بود. از آنجایی که نمونه از بین افراد بستری در بیمارستان انتخاب شد، از مصاحبه‌شوندگان خواسته شد هر جایی از مصاحبه که احساس آزرده‌گی و خستگی کردند می‌توانند مصاحبه را قطع کنند. پیش از پژوهش در مورد رازداری و حفاظت از اطلاعات استفاده از مطالب بدون اطلاعات هویتی آنها به والدین توضیح داده شد. در طول مصاحبه سعی شد شأن و احترام مصاحبه‌شوندگان حفظ شود و قضاوتی صورت نگیرد و بیماران تحت فشار گذاشته نشوند. به دلیل دامنه سنی بیماران تمامی ملاحظات اخلاقی با حساسیت زیادی صورت گرفت. سپس پرسش‌نامه‌ها در شرایطی که توسط پزشک تأیید شده بود و کودک در شرایط مساعد قرار داشت توسط کودکان با راهنمایی و رفع ابهامات تکمیل شد، با توجه به تعداد افراد بستری و محدود بودن افرادی که تمایل و توانایی شرکت در پژوهش را داشتند ۳۰ نفر از بیماران پس از پاسخ پرسش‌نامه‌ها که کمترین نمرات را داشتند به‌صورت تصادفی انتخاب شدند، به این منظور که فهرستی از افراد تهیه شود و به هر یک عددی اختصاص یافت و برحسب قرعه در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ملاک‌های خروج مصرف داروی روان‌پزشکی از ۳۰ روز قبل از شرکت در پژوهش، شرکت در درمان‌های روان‌پزشکی دیگر حداقل ۳۰ روز قبل، بیماری شدید جسمی یا روان‌شناختی دیگر، علاقه نداشتن کودک یا والدین وی به شرکت در جلسات بود. با هماهنگی بخش بیمارستان برای بیماران، شش جلسه شصت دقیقه‌ای مطابق محتوایی که در جدول شرح جلسات به آن اشاره شده است در اتاقی که فرد دیگری حضور نداشت برگزار شد. ابتدا

مفاهیم اساسی روان‌شناسی است [۵]. خودپنداره تصویری است که کودکان درباره خودشان دارند و از طریق پس‌خوراندهای دریافتی از سوی هم‌سالان، والدین و معلمان و ارزیابی کودک از تجارب ذهنی‌اش شکل می‌گیرد [۶]. می‌توان گفت خودپنداره، آموختنی است و چنانچه در مسیر شکل‌گیری مؤلفه‌های روان‌شناختی، آسیبی به این ویژگی وارد شود، با به‌کارگیری روش‌های آموزشی صحیح می‌توان افزایش داد [۷]. تحقیقات مهبشکا (۲۰۱۰) و آماندا (۲۰۱۵) نشان می‌دهد که یکی از راه‌هایی که افراد می‌توانند بر زندگی‌شان کنترل داشته باشند این است که بافتی برای خود تعیین کنند و توانایی رسیدن به اهداف به میزان صحیح بودن آگاهی فرد از دانش و خودپنداره‌اش بستگی دارد با افزایش تاب‌آوری و ارتقای کیفیت زندگی به کمک درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱، ما شاهد بهبود کیفیت زندگی این افراد هستیم. تاب‌آوری^۲ توانایی سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده است. به بیان دیگر، تاب‌آوری، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است [۸]. تاب‌آوری به‌عنوان یک سازه میانجی باعث افزایش سطح عواطف مثبت، تقویت حرمت خود و مقابله موفق با تجربه‌های منفی و سازگاری می‌شود [۹]. زمانی که مراحل رشد کودکان به‌وسیله یک بیماری آشفته می‌شود، بیشتر در معرض خطر مشکلات جسمی، روحی و روانی هستند؛ برای درمان مشکلات روان‌شناختی، علاوه بر درمان‌های دارویی، درمان‌های روان‌شناختی متعدد در طول سال‌های متوالی ابداع شده است؛ از جمله درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد که رایج‌ترین درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی است و هدف این درمان، ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است [۱۰]. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عبارت است از: افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه در زمان حال و انتخاب براساس آنچه همان لحظه برای فرد، امکان‌پذیر است و عمل به شیوه‌ای که منطق با ارزش‌های انتخابی آنها باشد [۱۱]. برنامه درمان مداوم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاهش ناتوانی کارکردی، افسردگی، ترس از درد، افزایش سازش‌یافتگی با راهبردهای کنار آمدن در ارتباط است [۱۲].

در پژوهش سیانتوری و همکاران (۲۰۱۸) تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مبتلایان سکنه مغزی [۱۳] همچونین در پژوهش دانیل آل‌فرس و همکاران (۲۰۱۱) تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان [۱۴] بررسی شده است. نتایج بسیاری از پژوهش‌ها نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر تاب‌آوری و بهبود بیماران مؤثر است. از جمله رجبی و یزدخواستی [۱۵] تأکید دارند این درمان

مقیاس تاب‌آوری کونور- دیویدسون (۲۰۰۳)

این پرسش‌نامه را کونور و دیویدسون با ۲۵ گویه طراحی کردند. گویه‌ها براساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت (۰ = کاملاً نادرست تا ۴ = کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شوند؛ از این رو دامنه نمرات بین ۰ تا ۱۰۰ و نمره بالاتر نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر است. روایی همگرا پرسش‌نامه با پرسش‌نامه سرسختی روان‌شناختی کوباسا در سطح ۰/۰۱ معنادار و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شد [۱۸].

پرسش‌نامه تاب‌آوری کونور- دیویدسون ۲۵ عامل دارد و پنج زیرمقیاس شامل صلاحیت و کفایت فردی، تحمل تأثیرات منفی و قوی بودن در برابر تنش، پذیرش مثبت تغییر، خودکنترلی، تأثیرات معنوی برای آن تعیین گردیده است که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) و پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. در ایران عیوضی و همکاران، پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش کردند [۱۹]. پس از اجرای آزمون‌های فوق، دستورالعمل جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد براساس کتاب راهنمای این درمان نوشته وستراپ [۲۰] و کتاب ایزدی و عبادی که طرح‌ریزی و روایی آن را چند متخصص این حیطه، بررسی و تأیید کرده‌اند، نگاشته شد. رئوس مطالب جلسات در جدول ۱ گزارش شده است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها علاوه بر آمار توصیفی، از آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس نمرات متغیرهای تحقیق دو گروه جامعه، آزمون شاپیرو در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات، تحلیل کوواریانس چند متغیر (مانوا)، همگنی رگرسیون و روش آلفای کرونباخ جهت محاسبه ضرایب روایی و پایایی آزمون استفاده شد.

سعی در برقراری ارتباط و صمیمیت شد. سپس توضیح مختصر در مورد پژوهش در راستای آشنایی با مفاهیم به صورت سخنرانی، بازی، ارائه تکلیف و اخذ بازخورد طی شش جلسه یکساعته ارائه گردید. پس از پایان جلسات، بار دیگر به گروه آزمایش، پرسش‌نامه ارائه شد. در این پژوهش به‌منظور گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

مقیاس خودپنداره پیرز- هریس CSCS (۱۹۶۹)

این مقیاس ۸۰ سؤالی را پیرز و هریس در سال ۱۹۶۹ برای کودکان و نوجوانان ۸ تا ۱۸ سال به‌صورت فردی طرح‌ریزی کردند و شامل شش دسته مقیاس رفتار، وضعیت مدرسه، وضعیت شناختی، ظاهر و ویژگی‌های ظاهری، اضطراب، محبوبیت و شادی می‌باشد و تمام خوشه‌ها در راستای خودپنداره مثبت، نمره‌گذاری می‌شوند.

طی مطالعه‌ای میزان ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۸۱ و ضریب پایایی آن ۰/۸۹ گزارش شده است [۱۷].

در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل خودپنداره ۰/۷۹ می‌باشد و برای ریزمقیاس‌ها عبارت است از: رفتار ۰/۸۱، وضعیت عقلانی و تحصیلی ۰/۷۲، ظاهر جسمانی و نگرش‌ها ۰/۷۴، اضطراب ۰/۸۵، محبوبیت ۰/۷۲، شادی و رضایت ۰/۶۹. نمره ۲۸ نقطه برش در خودپنداره منفی و نمره ۴۶/۵ نقطه برش در خودپنداره مثبت می‌باشد.

روش نمره‌گذاری برای مقیاس خودپنداره به این گونه است که سؤالات مطابق الگوی نمره‌گذاری در راستای خودپنداره بالا، نمره داده می‌شوند. برای هر جمله بله یا خیر طبق جدول نمره‌گذاری آزمون، یک نمره داده می‌شود. از مجموع نمرات ۶ حوزه، نمره کل به‌دست می‌آید. نمره کمتر از ۲۸ به‌عنوان خودپنداره منفی و نمره بالاتر از ۴۶ به‌عنوان خودپنداره مثبت در نظر گرفته می‌شود.

شرح جلسات

جلسات	محتوا جلسات
اول	آشنا کردن افراد با موضوع پژوهش، بحث در مورد قوانین جلسات، هدف و رازداری، بررسی روند و طول مدت بیماری کودکان و اقدامات انجام گرفته، جمع‌بندی، اخذ رضایت کتبی از والدین، انجام پیش‌آزمون و پاسخ به پرسش‌نامه‌ها
دوم	مرور تکلیف و بازخورد جلسه قبل، ارائه نقشه گنج و نشان دادن سیر درمان روی نقشه و آشنایی کودکان با بازی، تفهیم دنیای درون و بیرون و قوانین درست هر کدام، تکالیف درست در مورد نوشتن احساسات، افکار و نحوه مدیریت آنها روی آدمک.
سوم	بازخورد و مرور تکالیف، تفهیم اینکه مهار خود مسئله است با کمک استعاره ببر و بازی، بازی مار و پله برای شروع معرفی قلب و سم، تکلیف برای درست کردن جعبه سم و قلب و نوشتن بیهایی که سراغ کودک می‌آیند
چهارم	بازخورد و مرور تکالیف، تحکیم ارزش‌های کودک در جعبه قلب و اجتناب‌های او در جعبه سم، تعیین اهداف کوتاه‌مدت، تکلیف و دادن فرم ارزش‌ها به کودک
پنجم	بازخورد و بررسی تکالیف، گسلس و استعاره اتوبوس و تکلیف یافتن مسافران مزاحم و باطل کردن قراردادهای آنها.
ششم	بازخورد و بررسی تکالیف، تعهد و ارائه فایده قراردادهای، تکلیف، پیمان‌نامه و تعیین جلسات بعدی

۳. یافته ها

مقطع تحصیلی دبستان و راهنمایی و با داشتن حداقل یکسال سابقه بیماری، انتخاب شدند

نمونه پژوهش کودکان ۸ تا ۱۴ سال مبتلا به سرطان خون در

جدول ۱. آمارهای توصیفی متغیرهای پژوهش

شاخص های آماری متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف معیار
تاب آوری	۱۵	۲۸/۸۰	۸/۱۴
گروه آزمایش	۱۵	۳۴/۳۳	۸/۷۵
گروه کنترل	۱۵	۲۹/۹۳	۷/۶۹
پیش از آزمون	۱۵	۳۱/۲۰	۸/۰۱
پس از آزمون	۱۵	۲۱/۶۰	۶/۳۴
خودپنداره	۱۵	۲۹/۸۰	۶/۸۸
پیش از آزمون	۱۵	۲۱/۱۳	۵/۰۶
پس از آزمون	۱۵	۲۳/۶۶	۵/۷۵

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار تاب آوری و خودپنداره در مرحله پس از آزمون و پیش از آزمون را نشان می دهد.

جدول ۲. نتایج پیش فرض تساوی واریانس ها

متغیرها	F	DF1	DF2	P
خودپنداره	۱/۱۹	۱	۲۸	۰/۲۸۵
تاب آوری	۱/۸۷	۱	۲۸	۰/۱۸۲

بررسی شد که سطح معناداری بالاتر از ۰/۰۵ است، نشان می دهد میان واریانس های متغیرهای دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد بنابراین تساوی واریانس ها برقرار است و اجرای کوواریانس امکان پذیر است. همچنین از آزمون همگنی ضرایب رگرسیون استفاده گردید و نشان داد اثر متقابل بین پیش از آزمون خودپنداره و تاب آوری و گروه معنی دار نیست، معنی دار نبودن اثر متقابل نشان می دهد که داده ها از فرضیه همگنی شیب های رگرسیون پشتیبانی می کند.

در آزمون لامبدای-ویلکز نشان می دهد ($F=۰/۰۰۲$) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بین دو گروه حداقل در یکی از متغیرهای مورد آزمون تفاوت معناداری وجود دارد.

به منظور بررسی پیش فرض توزیع نرمال داده ها از آزمون شاپیرو-ویلک و به منظور آزمون پیش فرض تساوی از آزمون لوین جدول ۲ استفاده شده است. نخست برای کاربرد روش آماری کوواریانس مفروضه های آماری مورد بررسی قرار گرفت و نتایج به دست آمده نشان داد تفاوت معناداری میان ضرایب وجود ندارد و فرض همگنی ضرایب برقرار است. همچنین جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه ها از آزمون شاپیرو استفاده شد که سطح معناداری آماره آن، برای همه متغیرها مورد بررسی در دو گروه آزمایش و کنترل بزرگتر از ۰/۰۵ است. بنابراین بین توزیع متغیرها و توزیع نرمال تفاوتی معنادار وجود مفروضه همگنی واریانس متغیرهای وابسته با آزمون باکس

جدول ۳. خلاصه تحلیل کوواریانس چندمتغیره خودپنداره و تاب آوری گروه های آزمایش و کنترل

منبع	SS	DF	MS	F	P	مجذور اتا
بین گروه ها	۲۳۹/۸۲	۱	۲۳۹/۸۲	۲۴/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۴۸۱
تاب آوری	۱۳۶/۷۰	۱	۱۳۶/۷۰	۱۱/۸۸	۰/۰۰۲	۰/۳۱۴
خطا	۲۵۹/۲۷	۲۴	۹/۹۷			
تاب آوری	۲۹۹/۱۷	۲۴	۱۱/۵۰			
کل	۲۲۸۵۰	۳۰				
تاب آوری	۳۴۲۵۵	۳۰				

پس از حذف اثر متغیر تصادفی کمکی اختلاف معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر بین خودپنداره و تاب آوری گروه آزمایش با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. بدین ترتیب بین

در جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره به ترتیب برای خودپنداره ($F=۰/۰۰۱$) و تاب آوری ($F=۰/۰۰۲$)، $p=$ $F=۱۱/۸۸$) نشان می دهد بین میانگین های پس از آزمون دو گروه

میانگین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر خودپنداره و تاب‌آوری تفاوت معناداری وجود دارد، فرضیه پژوهش تأیید می‌شود و فرض صفر مبنی بر اینکه بین میانگین خودپنداره و تاب‌آوری دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد، رد می‌شود.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که بین تاب‌آوری و خودانگاره کودکان مبتلا به سرطان در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشته است، بدین معنی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و خودپنداره کودکان مبتلا به سرطان تأثیر دارد.

با توجه به یافته‌های پژوهش طبیعی نائینی، محمد خانی و همکاران [۲۱] در بررسی اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کودکان مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری بر اساس تحلیل دیداری و شاخص‌های آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و بر اساس داده‌ها درمان پذیرش و تعهد در مورد هر چهار آزمودنی اثر بخش بود همچنین در پژوهش سیانتوری و همکاران [۱۳] اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد بر اضطراب مبتلایان به سکنه مغزی بررسی کردند. نتایج نشان می‌دهد استفاده از درمان پذیرش و تعهد به طور قابل توجه باعث کاهش علائم و نشانه‌های اضطراب در بیماران مبتلا به سکنه مغزی می‌شود و پژوهش الین سیمون و همکاران [۲۲] اثر درمان شناختی-رفتاری (CBT) و درمان پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش ترس از تاریکی کودک سنجیده شد هر دو مداخله تأثیر قابل توجهی اثر مثبت روی ترس از تاریکی کودکان داشت. در این پژوهش بازسازی شناختی منجر به نتایج مثبت روی ترس شرکت‌کنندگان از تحریف شناختی شد.

در پژوهش انجام شده یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های طبیعی نائینی و همکاران، سیانتوری و همکاران و الین سیمون و همکاران همسو می‌باشد.

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرد بدون تلاش برای گواه افکار مربوط به بیماری اجازه حضور در ذهن می‌دهد. بدین ترتیب هنگامی که این تجربیات، یعنی افکار و احساسات، با گشودگی و پذیرش مشاهده شونده حتی دردناک‌ترین آن‌ها کمتر تهدیدکننده و قابل تحمل‌تر به نظر می‌رسند و در عوض رفتارهای مهارگری غیر موثر کاهش می‌یابند. [۲۳]

بدین ترتیب در این دوره آموزش کودکان و نوجوانان دچار سرطان می‌آموزند تا مبارزه با ناراحتی مرتبط با هیجانات منفی همچون افسردگی و اضطراب خویش پایان دهند و درگیر شدن در فعالیت‌هایی که او به اهداف انتخاب زندگی (ارزش‌ها) نزدیک‌تر

می‌کند، توانمندهایش را اعمال کنند. درمان پذیرش و تعهد به جای آموزش راهبردهای بیشتر برای تغییر با کاهش افکار و احساسات ناخواسته به مراجع می‌آموزد برای آگاهی، مشاهده افکار و احساسات ناخوشایند همانگونه که هستند، مهارت کسب کنند و بدین ترتیب نوع پاسخگویی این کودکان و نوجوانان به افکار منفی و هیجاناتشان عوض شده و می‌توانند نسبت به ارزش‌های خود، بهتر با محیط و روابط اجتماعی درگیر شوند؛ در نهایت این کودکان و نوجوانان بتوانند تاب‌آوری بالاتری را نشان دهند.

یکی در مراحل مهم در درمان‌های روان‌شناختی به خصوص درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به عهده گرفتن مسئولیت درمان توسط کودکان سرطانی است، این درمان با تکلیف مناسب و کار روی ارزش‌ها، انعطاف‌پذیری، شفاف‌سازی ارزش‌ها و بحث روی این موضوع که تغییر امکان‌پذیر است و انجام موفقیت‌آمیز تمرینات مختلف، می‌تواند مسئولیت افراد در جهت تحقق توانمندی‌های آنها و ایفای نقش خود به بهترین حالت ممکن در جهت بالا بردن اعتماد به نفس و عزت نفس و در پی آن شایستگی‌های فرد برای ارزش‌ها قائل شدن برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، افزایش دهد.

در این درمان آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا مهار تجارب ذهنی ناخواسته، بی‌اثر بوده یا اثر معکوس دارند و تولید تجارب را، بدون هیچگونه واکنش جهت حذف آن‌ها، به طور کامل پذیرفت. پذیرش بیمار کمک می‌کند تا بیمار، دیدگاه درستی نسبت به فرایند درمان داشته باشد و با تعهد درمان را دنبال کنند. [۲۴]

از آنجایی که کودکان و نوجوانان دچار سرطان آموخته‌اند که چگونه به شکلی متفاوت با افکار ناکارآمد و غیرمنطقی و هیجانات و احساسات منفی خود ارتباط برقرار کنند و این روش درمانی با ایجاد تراوش‌های فکری و عاطفی از آسیب‌پذیری و حساسیت‌های غیرمنطقی در موقعیت‌های استرس‌زا کاسته و در جهت تنظیم بهتر و مناسب‌تر رفتاری یاری رسانده است. از سوی دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دارای دو بخش ذهن آگاهی و عمل و تجربه در زمان حال است و به افراد آموزش داده می‌شود که با پذیرش احساسات و هیجانات خود و خودداری از اجتناب تجربی، در لحظه حال و اکنون زندگی نمایند. [۲۵] از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن جامعه آماری مبتلایان بستری در بیمارستان امام خمینی (ره) اشاره کرد. همچنین در راستای این پژوهش توصیه می‌گردد از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پژوهش‌های آینده سایر مناطق جغرافیایی و قومیتی را نیز مورد بررسی قرار دهد و مسئولان وزارت بهداشت با همکاری سایر

متناسب و همخوان با فرهنگ ایرانی از خلاقیت خود استفاده کنند، زیرا در درمان ACT راه برای ارائه خلاقیت درمانگر باز است. با توجه به اینکه این پژوهش روی کودکان انجام شده است پیشنهاد می‌گردد روی بزرگسالان و سالمندان مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

لازم است از تمامی مسئولین و کارکنان محترم بیمارستان امام خمینی (ره) و تمامی کودکان مبتلا به سرطان که در انجام این پژوهش یاری رساندند صمیمانه قدردانی و تشکر می‌نماییم.

نهادها، خدمات روانشناختی (کارگاه‌های ذهن آگاهی یا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یا آزمون روان شناسان) را برای بیماران دچار سرطان به ویژه کودکان دچار سرطان به کار گیرند تا بتواند با بهبود تاب آوری و خودپنداره این کودکان، در جهت تسریع روند درمان، گام‌های مؤثر بردارند؛ همچنین پیشنهاد می‌گردد مدل درمانی ACT با سایر مدل‌های درمانی موج سوم و حتی درمان‌های سنتی مثل درمان شناختی- رفتاری مورد مقایسه قرار گیرد، فرایندهای شش گانه ACT را می‌توان برای هر اختلال به صورت مجزا بررسی کرد، پیشنهاد می‌گردد پژوهشگران این کار را زمینه مطالعات بعدی خود قرار دهند و آن را بسط و گسترش دهند. پژوهشگران می‌توانند نسبت به ساخت استعارات جدید که

References

- [1]. Asghari-Nekah SM, Jansouz F, Kamali F, Taherinia S. The Resiliency status and emotional Distress in Mothers of children with cancer. *Journal of clinical psychology*.2015;1(25):15-26. (Persian)
- [2]. Payab Z, Nejad Hosseini S.Z, Sangoo A, Jouibari L. Onchology Nurse's Experiences of caring for children with cancer on the verge of dying. *JPEN*. 2017;4(1):1-5
- [3]. Hashemi Nosratabad T. Farshbaf Manisefat F, The effectiveness of play therapy according levy approach in reduction of anxiety in children with diagnosed cancer. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery* 2015; 25:154-62. (Persian)
- [4]. Madhi, S. Najafi M. The relationship between spiritual well-being and hope with quality of life, and happiness in older adults. *The Journal Of Psychological Science* 2018; 17(65) 78-94. (Persian)
- [5]. Hosseinian S, Anousheh Z, Rasouli A, Ghasemzadeh S. Investigate Relation of Self-Concept, Quality of Life and Mental Health in Kindergarten's Teachers Tehran 2014; 20(6) 9-25. (Persian)
- [6]. Danesh E, Manavi shad M, koshabi K, Hassanzadeh tavakoli MR. The impact anger level and childrearing styles of Mothers On self-concept of their children with or without LD. *Journal of family Reaserch* 2014; 10(2):175-196(persian)
- [7]. Paulus M, Licata M, GnieWosz B, Sodian B. The impact Of mother-child interaction quality and Cognitive abilities on children's self-concept and self-esteem *cogn Dev* 2018; 48 42-51
- [8]. Arianfar N, Katani M, Abedi A. Resilience in children: How to Raise Flexible, and Resistant children to Emotional and behavioral injuries. Tehran: Neveshteh; 2016. (Persian)
- [9]. Bonanno G, Romero S, kelin S. The temporal Elements Of psychological Resilience An Intergrative Frame work for the study of Individuals Families, and Communities. *The Journal of psychological inquiry* 2015; 26: 139-169.
- [10]. Abedi M, Izadi R. Acceptance and Commitment Therapy. Tehran: jangal and Kavoushyar publication, 2014. (Persian)
- [11]. Hadian M. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on separation Anxiety Disorder in children with Type 1 Diabetes. *RJMS* 2018; 24(164): 21-34. (persian)
- [12]. Patil V, Deshmukh A, Niak R, Desousa A. A cross-sectional observational study on the levels of anxiety, depression, and somatic symptoms in patients with chronic pain undergoing physiotherapy treatment. *Indian Journal of Pain* 2016. 30(2): 108-110.
- [13]. Sianturi R, Keliat B, Wardani I. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety in clients with stroke. *Enfermeria clinica*, 2018; cited in Pubmed. PMID: 29650216
- [14]. Feros D, Lane L, Ciarrochi J, Blackledge J. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psycho - oncology*, 2013; cited in Pubmed. PMID: 23382134.
- [15]. Rajabi S, Yazdkhasti F. Effectiveness of group therapy Acceptance and Commitment to anxiety and Depression in women with MS. *Journal of Clinical Psychology* 2014; 6(21) 29-38. (persian)
- [16]. Hosseini Yazdi A, Mashhadi A, Kimiaie A, Asemi Z. The Effectiveness of a divorce intervention program on improving children's self-concept and Resilience. *Journal of Applied Psychology*. 2016; 9(1): 7-21. (persian)
- [17]. Pandey D, Jasiswal Ak. Role of positive meta-cognitions and meta-emotional in satisfaction with life. *Indian J Positpsychology*. 2017;8(4) L616-20.
- [18]. Frey R, Balmer D, Robinsin J, Slark J, Mcleod H, Gott M, Boyd M. to a better place the role of Religious belife for staaf in Residential aged care in coping with resident Deaths. *Eur J Inter Med*. 2018; 19: 89-99.
- [19]. westrup D, Wright J. Learning ACT for Group Treatment: An Acceptance and Commitment Therapy Skills Training Manual for Therapists. United State: New Harbinger : 2017.
- [20]. Tayebi Naieni P, Mohammad-Khani S, Akbari M, Abedi M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Flexibility in Children with Obsessive-Compulsive Disorder. *Child mental health* 2017; 4(3): 91-106. (persian)
- [21]. Simon E, Lambert A, Muris P, Driessen S. Challenging anxious cognitions or accepting them? Exploring the efficacy of the cognitive elements of cognitive behaviour therapy and acceptance and commitment therapy in the reduction of children's fear of the dark. *International Journal of Psychology* 2019; 55(1): 90-97.
- [22]. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third Wave of behavioral and cognitive Therapies-published article. *Behavior therapy*. 2016; 47(6): 869-885.
- [23]. Lang AJ, schurr PP, Jain S, He F, Walser RD, Bolton E. Randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for distress and impairment in OEF/OIF/OND reterans. *pschological Trumma: Therapy, Research, practice, and policy*. 2017; 9(1): 74-84.
- [24]. Smout M, Longo M, Harrison S, Minniti, R, Wickes W, White J. Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: A preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy. *Substance Abuse*, 2010; 31(2) 98-107.