

Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Education on Anxiety, Depression and Rumination in 13- and 16-Year-Old Adolescents with Multiple Sclerosis [Case Study]

Yeganeh Parazdeh¹ , Fatemeh Viyani² , Saeid Zamani³ , Narges Zamani^{4,*} 

¹ Department of Psychology, School of Humanities, Payame Noor University, Gorgan Branch (Golestan), Gorgan Iran

² MSc in Educational Psychology, Payame Noor Kabudrahang University, Hamedan, Iran

³ Department of Psychology, Hamadan Branch, Islamic Azad University, Hamadan, Iran

⁴ Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

* **Corresponding Author:** Narges Zamani, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran. Email: n.zamani1367@yahoo.com

Abstract

Received: 11/07/2021

Accepted: 09/08/2021

How to Cite this Article:

Parazdeh Y, Viyani F, Zamani S, Zamani N. Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Education on Anxiety, Depression and Rumination in 13- and 16-Year-Old Adolescents with Multiple Sclerosis [Case Study]. *Pajouhan Scientific Journal*. 2022; 20(2): 120-6. DOI: 10.52547/psj.20.2.120

Background and Objectives: Multiple sclerosis is a common neurological disease that typically manifests itself in advanced and chronic stages. The unknown nature of the etiology of this disease is a big problem. The current study was carried out to evaluate the efficacy of acceptance and commitment based study on psychological issues like anxiety, depression and rumination in a 13 and a 16 year old adolescents with multiple sclerosis.

Materials and Methods: The present study was a single case of multiple baseline type of treatment process. Participants in this study were patients who referred to the Hamadan Child and Adolescent Psychological Clinic in the summer of 1399 and in addition to MS suffered from significant psychological disorders such as anxiety, depression and rumination. The study sample consisted of 2 adolescents 13 and 16 years old with MS who volunteered to participate in this study. According to the ethical criteria after the study, members of the control group also received the independent variable (acceptance and commitment-based education) during 8 sessions. Beck Depression Inventory (2000) and Beck Anxiety Inventory (1988) and the Nolen-Hoxima (1991) Ruminant Response Scale were assessed in ten sessions before treatment, at the end of each treatment session, and after the last session.

Results: The results showed that the rate of improvement in anxiety after 8 sessions of treatment for the first client was 42% and the rate of recovery for the second client was 47% and the overall recovery rate for both clients was 44.5%. The rate of recovery of depression for the first and second clients was 0.50, 0.50 and 0.6%, respectively, and the rate of overall recovery was 65.06%, the rate of recovery for the first client was 65%, and for the second client was 58%, and the overall recovery rate was 61.5% ($P < 0.001$).

Conclusions: The results of the study of these two subjects indicated the clinical effectiveness of acceptance and commitment therapy on the subjects' anxiety, depression and rumination approaches. Finally, it can be said that this method of treatment is effective and to further evaluate its effectiveness, controlled evaluation studies are needed to achieve a definitive result.

Keywords: Acceptance and commitment; Anxiety; Depression; Ruminant; Multiple Sclerosis

اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، افسردگی و نشخوار فکری نوجوانان ۱۳ و ۱۶ ساله مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس [مطالعه‌ی موردی]

یگانه پرازده^۱، فاطمه ویانی^۲، سعید زمانی^۳، نرگس زمانی^۴

^۱ گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد گرگان (گلستان)، دانشگاه پیام نور، گرگان، ایران

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه پیام نور کبودراهنگ، همدان، ایران

^۳ گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران

^۴ گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

* نویسنده مسئول: نرگس زمانی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.
ایمیل: n.zamani1367@yahoo.com

چکیده

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۴/۲۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۵/۱۸

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

سابقه و هدف: بیماری مولتیپل اسکلروزیس، یک بیماری شایع عصبی است که به صورت مزمن و پیشرفته آشکار می‌شود. از دشواری‌های این بیماری، علت این بیماری است که به طور دقیق ناشناخته است. لذا، این پژوهش با هدف اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، افسردگی و نشخوار فکری دو نوجوان ۱۳ و ۱۶ ساله‌ی مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در همدان صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: مطالعه‌ی حاضر، تک موردی از نوع خط پایه‌ی چندگانه‌ی فرایند درمان انجام گرفت. شرکت‌کنندگان در این پژوهش شامل بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌شناختی کودک و نوجوان همدان در تابستان ۱۳۹۹ بود که علاوه بر بیماری ام‌اس، دچار اختلالات روان‌شناختی قابل توجهی مانند اضطراب، افسردگی و نشخوار فکری بودند. نمونه‌ی مورد مطالعه شامل ۲ نوجوان ۱۳ و ۱۶ ساله مبتلا به ام‌اس بود که در طی ۸ جلسه درمان به پرسش‌نامه‌های افسردگی بک ویراست دوم (۲۰۰۰) (Depression Inventory-II) و اضطراب بک (۱۹۸۸) (Beck Anxiety Inventory) و مقیاس پاسخ نشخوارگونه‌ی Nolen-Hoxima (۱۹۹۱) در ده جلسه قبل از شروع درمان پاسخ دادند. در انتهای هر جلسه‌ی درمانی و پس از درمان آخرین جلسه، ارزیابی صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، میزان بهبودی در میزان اضطراب پس از ۸ جلسه درمان برای مراجع اول، ۴۲ درصد و میزان بهبودی برای مراجع دوم، ۴۷ درصد بود و میزان بهبودی کلی برای هر دو مراجع، ۴۴/۵ درصد به دست آمد. میزان بهبودی افسردگی برای مراجعین اول و دوم به ترتیب ۰/۵۰، ۰/۵۰ و میزان بهبودی کلی ۰/۶ درصد و میزان بهبودی برای مراجع اول ۶۵ درصد و برای مراجعین دوم ۵۸ بوده و میزان بهبودی کلی، ۶۱/۵ درصد است ($P < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: نتایج بررسی این دو آزمودنی، حاکی از اثربخشی بالینی درمان پذیرش و تعهد بر رویکرد اضطراب و افسردگی و نشخوار فکری آزمودنی‌ها بود. در نهایت، می‌توان گفت که این روش درمانی، مؤثر بوده و برای بررسی بیشتر اثربخشی آن، مطالعات ارزیابی کنترل شده‌ای در جهت رسیدن به نتیجه‌ی قطعی لازم است.

واژگان کلیدی: پذیرش و تعهد، اضطراب، افسردگی، نشخوار فکری، مولتیپل اسکلروزیس

مقدمه

کارکرد جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی می‌باشد [۲]. بیماری مولتیپل اسکلروزیس، یک بیماری شایع عصبی است که به صورت مزمن و پیشرفته آشکار می‌شود و از دشواری‌های این بیماری، علت آن است که به طور دقیق ناشناخته باقی مانده [۳، ۴]. سازمان بهداشت جهانی، تعداد افراد مبتلا به این بیماری در سال ۲۰۰۸ را ۲/۵ میلیون نفر

سلامت روانی، علم بهزیستی و رفاه اجتماعی است که تمام زوایای زندگی را در برمی‌گیرد [۱] و در پیشگیری از ایجاد و یا پیشرفت روند وخامت اختلالات شناختی، احساسی و رفتاری در انسان، نقش مؤثر دارند. افراد با پریشانی روانی، بیشتر از نشانه‌های بیماری جسمانی شکایت می‌کنند، فراوانی بیماری‌های جسمی، پیشگوکننده‌ی قدرتمند وقوع آسیب در

درمان‌های روان‌شناختی متعددی نیز در طول سال‌های متوالی ابداع شده است. نسل اول رویکردهای رفتاری در تقابل با رویکرد اولیه‌ی روان‌تحلیلی بر پایه‌ی دیدگاه‌های شرطی کلاسیک و عاملی است که در دهه‌های ۱۹۶۰ مطرح شدند. نسل دوم این درمان‌ها تحت عنوان درمان رفتاری-شناختی است که تا دهه‌ی ۱۹۹۰ با تأکید بیشتر بر جنبه‌های شناختی به وجود آمدند. تأکید این نوع درمان‌ها بر نقش باورها، شناخت‌ها، طرحواره‌ها و نظام پردازش اطلاعات در ایجاد اختلالات روانی بود و اینکه در روان‌درمانی باید با تکنیک‌های مختلف در آن‌ها، تغییر یا تعدیل ایجاد شود یا آن‌ها را به کلی حذف کرد.

امروزه با نسل سوم این نوع درمان‌ها مواجه هستیم که آن‌ها را می‌توان تحت عنوان موج سوم رفتاردرمانی نامید، که به جای تغییر شکل، فراوانی یا حساسیت موقعیتی شناختارها و هیجانات، کارکرد آن‌ها را هدف قرار می‌دهند. نمونه‌هایی از این مداخلات عبارتند از رفتاردرمانی دیالکتیک، زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه، ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی و تمرکز [۱۶]. اخیراً برای این رویکرد که ایجاد پیشرفت بالینی مستلزم تغییر مستقیم محتوای افکار، احساسات یا علائم بدنی است، نظریه‌های جایگزینی پدیدار شده‌اند.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که به اختصار درمان پذیرش و تعهد، خوانده می‌شود، یک رفتاردرمانی موج سوم است که آشکارا این رویکرد (تغییر کارکرد افکار و احساسات به جای تغییر شکل، محتوا یا فراوانی آن‌ها) را می‌پذیرد. درمان پذیرش و تعهد، ریشه در یک نظریه‌ی فلسفی به نام زمینه‌گرایی عملکردی دارد و مبتنی بر یک برنامه‌ی تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که نظریه‌ی چارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود. درمان پذیرش و تعهد، شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند. این شش فرایند عبارتند از: پذیرش، گسلش خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد [۱۷]. یکی از فرایندهای کلیدی این درمان، گسلش شناختی است که عبارت است از تنظیم زمینه‌های کلامی، به طوری که اعتقادپذیری به افکار فرد کاهش یابد و گرایش به پاسخ دادن به آن‌ها نیز کم شود، در حالی که کاهش فراوانی یا تغییر شکل‌شان لازم نیست. مداخلات پذیرش و تعهد، افزایش معنی‌داری در تمایل به مشارکت در فعالیت‌های دشوار در عین تجربه‌ی هیجانات دشوار را نشان داده‌اند. فرایندهای مرکزی درمان پذیرش و تعهد به افراد می‌آموزند که چگونه دست از بازداری فکر بردارند، چگونه با افکار مزاحم آمیخته نشوند و باعث می‌شوند، فرد هیجانات نامطبوع را بیشتر تحمل کند [۱۸].

از آن‌جا که در زمینه‌ی کیفیت زندگی نوجوانان دارای بیماری مزمن تا به حال در ایران هیچ گونه تحقیقی صورت نگرفته است، چنین پژوهشی برای تعیین میزان آسیب‌ها و

برآورد کرد که سومین علت ناتوانی در آمریکا است که در جنس زنان شایع‌تر از مردان می‌باشد. این بیماری در ایران بیشتر از سایر کشورها بوده است که نتایج جدید، تعداد مبتلایان را حدود ۴۰ هزار نفر اعلام کرد [۵].

اختلالات خلقی، گروهی از اختلالات بالینی هستند که مشخصه‌ی آن‌ها این است که احساس تسلط از بین رفته و فرد رنج و عذابی عظیم می‌کشد و بر روی پیوستاری است که شامل نوسانات بهنجار خلق می‌باشد [۶]. سازمان جهانی بهداشت، تخمین زده است که اختلالات خلقی در رأس فهرست بیماری‌های روانی قرار می‌گیرند و حدود ۲۵ درصد مراجعین به مراکز بهداشتی در جهان را به خود اختصاص می‌دهند [۷]. اختلالات اضطرابی، از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در جمعیت عمومی است. بنابر گزارش سازمان بهداشت جهانی، حدود ۱۰۰ میلیون اروپایی و ۱۹ میلیون آمریکایی از این اختلال رنج می‌برند که میزان شیوع این اختلال در زنان دو برابر مردان است [۸]. طبق بررسی‌هایی که در ایران صورت گرفته، مشخص شد که طیف این اختلالات بین ۱۱/۹ و ۲۳/۸ درصد در نوسان بوده است و مانند اکثر بررسی‌های جهانی، در ایران نیز اختلال اضطرابی، یکی از شایع‌ترین اختلالات به شمار می‌رود [۹] که نشان می‌دهد، این اختلال به گونه‌ای بحرانی افزایش یافته است.

تقریباً ۸ درصد کلیه‌ی بیماران روانی سرپایی، مبتلا به اختلال اضطرابی هستند. مشکلات مربوط به اضطراب نسبتاً عمومیت دارند و باری سنگین بر دوش جامعه و فرد می‌گذارد به طوری که به اندازه‌ی یک بیماری فیزیکی، فلج‌کننده باشد. همچنین درمان این بیماری از پرهزینه‌ترین درمان‌ها محسوب می‌شود [۱۰].

افسردگی، غالباً از وضعیتی شروع می‌شود که در آن تغییرات بسیار بزرگی در زندگی انسان اتفاق می‌افتد و شخص ناگزیر می‌گردد که از افرادی مهم یا از مسائلی مهم مربوط به زندگی خودش از قبیل محل کار و کاشانه صرف‌نظر کند [۱۱]. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین وقوع استرس‌های منفی و شروع افسردگی، رابطه‌ی مثبتی وجود دارد و حدود ۲۰ تا ۵۰ درصد افرادی که استرس‌های شدیدی تجربه می‌کنند، دچار افسردگی می‌شوند [۱۱-۱۳].

با توجه به مطالب گفته شده، اختلال افسردگی، یکی از انواع اختلالات هیجانی است که نشخوار فکری از علائم تشخیصی این بیماری می‌باشد [۱۴]. در سال‌های اخیر بررسی الگوهای تفکر در اختلالات هیجانی و بررسی افکار ناخواسته و نقش آن در دوام اختلالات هیجانی، مورد توجه پژوهشگران زیادی قرار گرفته است. یکی از انواع افکار ناخواسته در اختلالات هیجانی، نشخوار فکری است. دیدگاه فراشناختی اختلالات هیجانی، نشخوار فکری را یکی از مؤلفه‌های اصلی در شروع و تداوم افسردگی می‌داند [۱۵].

برای درمان این اختلال، علاوه بر درمان‌های دارویی،

بازآزمایی با فاصله‌ی زمانی ۴ هفته، ۸۷ درصد به دست آمد.

پرسش‌نامه‌ی اضطراب بک (Beck Anxiety Inventory): آزمون اضطراب بک در سال ۱۹۸۸ ساخته شده است. این آزمون شامل ۲۱ نشانه و علامت از اضطراب می‌باشد. آزمودنی می‌بایست به این آیتم‌ها پاسخ دهد (شدید، متوسط، خفیف، هرگز) به صورتی که این گزینه‌ها به ترتیب ۰، ۱، ۲ و ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. در این آزمون، نمره‌ی صفر تا ۲۳ نشانه‌ی اضطراب خفیف، نمره‌ی ۲۴ تا ۲۸، نشانه‌ی اضطراب متوسط و نمره‌ی بالاتر از ۲۹، نشانه‌ی اضطراب مرضی است [۲۲]. آزمون اضطراب بک در ایران توسط کاپیانی و موسوی به فارسی برگردانده شده است. ضریب همبستگی این آزمون با مؤلفه‌های فیزیولوژیکی، ۰/۸۹ به دست آمد [۲۳]. آلفای کرونباخ در پژوهش فعلی، ۰/۸۲ برآورد گردید.

مقیاس پاسخ نشخوارگونه: این مقیاس توسط Nolen-Hoeksema و Morrow تدوین شده است که دارای مقیاسی ۲۲ ماده‌ای است و ماده‌های آن روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود و دامنه‌ای بین ۲۲ تا ۸۸ را در برمی‌گیرد [۲۳]. این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ، دامنه‌ای از ۸۸ تا ۹۲ درصد دارد که نشان‌دهنده‌ی همسانی درونی بالای آن است [۲۴]. همبستگی درون طبقه‌ای برای پنج بار اندازه‌گیری و ۰/۷۵ همبستگی بازآزمایی برای مدت بیش از ۱۲ ماه، ۶۷ درصد گزارش شده است [۲۴]. آلفای کرونباخ در نمونه‌ی ایرانی ۰/۹۰٪ ۴۸ و ضریب پایایی بازآزمایی با فاصله‌ی زمانی ۳ هفته ۸۳ درصد گزارش شده است [۲۵]. هنجاریابی پرسش‌نامه در نتایج پژوهش فعلی، بیانگر آلفای کرونباخ ۸۲ درصد و اعتبار بازآزمایی به فاصله‌ی دو هفته، ۸۳ درصد به دست آمد.

یافته‌ها

مراجعه‌کننده‌ی اول، دختر ۱۶ ساله، کلاس دهم که تا ۱۱ سالگی ساکن اصفهان بوده و از ۵ سال قبل به همدان نقل مکان کردند، دارای اختلال مزمن افسردگی و اضطراب بود و بیش از ۲ سال قرص مصرف می‌کرد و تاکنون عمل‌هایی مانند آپاندیس، عمل قوزک پا را انجام داده بود. در طول مصاحبه وانمود می‌کرد خیلی مقاوم و صبور است ولی خانواده‌ی (مادر و خواهر) او در انتهای مصاحبه از تکانشگری او در خانه (تصمیم‌های ناگهانی که در زندگی می‌گرفت و قطع ارتباط با اعضای خانواده) شکایت داشتند.

مراجعه‌کننده‌ی دوم، دختر ۱۳ ساله، کلاس هفتم و ساکن شهرستان نهاوند بود. خانواده‌ی بسیار حامی داشت که نه تنها از نظر عاطفی، از نظر اطلاعاتی او را مورد حمایت قرار داده و برایش محیط امنی در خانه فراهم کردند و زندگی تقریباً مرفهی داشت ولی به علت اضطراب حاد از سوی روان‌پزشک به روانشناس سلامت ارجاع داده شده بود.

حیطه‌های آسیب دیده‌ی احتمالی لازم به نظر می‌رسد تا با توجه به اطلاعات به دست آمده بتوان برنامه‌ریزی مناسبی برای این گروه از افراد به عمل آورد. هدف اساسی این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب، افسردگی و نشخوار فکری نوجوانان با نیازهای ویژه بود.

مواد و روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر، تک موردی از نوع خط پایه‌ی چندگانه فرایند درمان انجام گرفت. شرکت‌کنندگان در این پژوهش از بیمارانی که در تابستان ۱۳۹۹ به کلینیک روان‌شناختی کودک و نوجوان همدان مراجعه کردند، انتخاب شدند. آن‌ها علاوه بر بیماری ام‌اس، دچار اختلالات روان‌شناختی قابل توجهی مانند اضطراب، افسردگی و نشخوار فکری بودند. نمونه‌ی مورد مطالعه شامل ۲ نوجوان ۱۳ و ۱۶ ساله مبتلا به ام‌اس بود که داوطلب شرکت در این پژوهش بودند که با توجه به ملاک‌های ورود (نوجوان، ساکن همدان و دختر) و ملاک‌های خروج (غیبت بیش از دو جلسه‌ی متوالی، تغییر مکان) انتخاب شدند. در طی مدت انجام مداخله، مشکلات عاطفی و هیجانی ناگهانی مانند قطع ارتباط با دوستان و مرگ اعضای خانواده کنترل شد. بر اساس ضوابط اخلاقی پس از اتمام پژوهش، اعضای گروه گواه نیز متغیر مستقل (آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد) را دریافت خواهند کرد.

ابزار سنجش

پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک (Depression Inventory-II): از جمله مناسب‌ترین ابزارها برای انعکاس افسردگی است. این پرسش‌نامه دارای ۲۱ ماده است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. هر ماده، دارای ۴ گزینه می‌باشد که درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند [۲۰]. این پرسش‌نامه بیشتر به سنجش ویژگی‌های روان‌شناختی افسردگی می‌پردازد، تا ناراحتی‌های جسمانی و فیزیولوژیک همچنین با پرسش‌نامه‌ی Hamilton، ۷۵ درصد همبستگی دارد. ۲۱ ماده‌ی پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک در ۳ گروه نشانه‌های عاطفی، شناختی و جسمانی طبقه‌بندی می‌شوند. نتایج فراتحلیل انجام شده در مورد پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک حاکی از آن است که ضریب همسانی درونی آن بین ۷۳ تا ۹۳ درصد با میانگین ۸۶ درصد می‌باشد. ضریب آلفا برای گروه بیمار، ۸۶ درصد و غیربیمار، ۸۱ درصد گزارش کرده‌اند. در یک بررسی بر روی دانشجویان دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبایی که جهت بررسی اعتبار و روایی پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک، ویرایش دوم بر روی جمعیت ایرانی انجام گرفت، نتایج بیانگر آلفای کرونباخ ۷۸ درصد و اعتبار بازآزمایی به فاصله‌ی دو هفته، ۷۳ درصد بود [۲۱]. آلفای کرونباخ در پژوهش فعلی، ۰/۸۶ و ضریب پایایی

جدول ۲، نشان‌دهنده‌ی میزان بهبودی افسردگی مراجعان در قبل از شروع، حین و در پایان ۸ جلسه درمان بود که میزان بهبودی برای مراجعین اول و دوم به ترتیب ۰/۵۰/۱۲ و ۰/۵۰/۱۲ و میزان بهبودی کلی ۵۰/۰۶ درصد است. نتایج جدول ۳ نشان‌دهنده‌ی میزان بهبودی نشخوار فکری مراجعین در قبل از شروع، حین و در پایان ۸ جلسه درمان است که میزان بهبودی برای مراجعه‌کننده‌ی اول، ۶۵ درصد و برای مراجعه‌کننده‌ی دوم، ۵۸ بوده و میزان بهبودی کلی برابر با ۶۱/۵ درصد به دست آمد.

جدول ۳: مقایسه‌ی نمره‌های مراجعان در مقیاس نشخوارگونه و درصد بهبودی آنان

مراحل درمان	درمان پذیرش و تعهد	
	مراجعه‌کننده‌ی اول	مراجعه‌کننده‌ی دوم
خطوط پایه	۶۹	۶۸
جلسه‌ی اول	۶۵	۶۵
جلسه‌ی دوم	۶۳	۶۳
جلسه‌ی سوم	۶۱	۶۲
جلسه‌ی چهارم	۶۰	۶۰
جلسه‌ی پنجم	۵۸	۵۶
جلسه‌ی ششم	۵۶	۵۴
جلسه‌ی هفتم	۵۲	۵۵
جلسه‌ی هشتم	۵۱	۵۳
میزان بهبودی	۰/۶۵	۰/۵۸
بهبودی کلی	۶۱/۵ درصد	

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش شدت علائم اضطراب و افسردگی و نشخوار کلی مؤثر است. با نگاهی به پژوهش‌های گذشته در دو دهه‌ی اخیر، در میان درمان‌های جدید اختلال اضطراب فراگیر، درمان پذیرش و تعهد بیش از همه با ویژگی‌های اضطرابی اختلال اضطراب فراگیر هماهنگ بود. همچنین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر انواع مشکلات بهداشت روان و برخی بیماری‌های مزمن از جمله، افسردگی، روان‌پریشی، سوء‌مصرف و وابستگی مواد، اضطراب اجتماعی، فرسودگی و درد مزمن مشاهده شده است. رویکرد پذیرش و تعهد درمانی، یک درمان رفتاری است که از مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند. در درمان پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری شناختی عبارت است از افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و بر اساس آنچه در آن لحظه برای آن‌ها امکان‌پذیر است، بخواهند به شیوه‌های عمل نمایند که منطبق با ارزش‌های انتخاب شده‌ی‌شان باشد [۱۱].

ابتدا از هر دو مراجعه‌کننده، آزمون افسردگی، اضطراب و نشخوارگری گرفته و در انتهای هر جلسه نیز مجدد آزمون گرفته شد و نمرات با یکدیگر جمع شدند. در میزان بهبودی کامل تعداد نمره‌های کاهش یافته را با یکدیگر جمع کردیم و در میزان بهبودی کلی، هر سه متغیر با یکدیگر جمع و میانگین درصد بهبودی هر متغیر و متغیر کلی گرفته شد. در این پژوهش درمان پذیرش و تعهد، منجر به تغییر کلی (تقریباً ۴۵ درصد) در مقیاس اضطراب شد که نتایج در جدول ۱ قابل مشاهده است.

جدول ۱: مقایسه‌ی نمره‌های مراجعان در مقیاس اضطراب و درصد بهبودی آنان

مراحل درمان	درمان پذیرش و تعهد	
	مراجعه‌کننده‌ی اول	مراجعه‌کننده‌ی دوم
خطوط پایه	۲۴/۴۱	۲۳/۲۵
جلسه‌ی اول	۲۳	۲۲
جلسه‌ی دوم	۲۱	۲۰
جلسه‌ی سوم	۲۰	۱۸
جلسه‌ی چهارم	۱۹	۱۸
جلسه‌ی پنجم	۱۸	۱۶
جلسه‌ی ششم	۱۸	۱۶
جلسه‌ی هفتم	۱۷	۱۷
جلسه‌ی هشتم	۱۷	۱۵
میزان بهبودی	۰/۴۲	۰/۴۷
بهبودی کلی	۴۴/۵ درصد	

همان‌طور که نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد، میزان بهبودی در میزان اضطراب پس از ۸ جلسه درمان برای مراجعه‌کننده‌ی اول، ۴۲ درصد و میزان بهبودی برای مراجعه‌کننده‌ی دوم، ۴۷ درصد است و میزان بهبودی کلی برای هر دو مراجعه‌کننده، ۴۴/۵ درصد به دست آمد. مقایسه‌ی نمره‌های مراجعان در پرسش‌نامه‌ی افسردگی فارسی بک ویراست دوم در جدول ۲ قابل مشاهده است.

جدول ۲: مقایسه‌ی نمره‌های مراجعان در BDI-II و درصد بهبودی آنان

مراحل درمان	درمان پذیرش و تعهد	
	مراجعه‌کننده‌ی اول	مراجعه‌کننده‌ی دوم
خطوط پایه	۲۶/۰۱	۲۶/۲۳
جلسه‌ی اول	۲۶	۲۵
جلسه‌ی دوم	۲۴	۲۳
جلسه‌ی سوم	۲۱	۲۱
جلسه‌ی چهارم	۲۰	۲۰
جلسه‌ی پنجم	۲۰	۱۹
جلسه‌ی ششم	۱۸	۱۹
جلسه‌ی هفتم	۱۸	۱۷
جلسه‌ی هشتم	۱۶	۱۶
میزان بهبودی	۰/۵۰	۵۰/۱۲
بهبودی کلی	۵۰/۰۶ درصد	

وسیع پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

در واقع فرایندهای مرکزی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد آموزش داد که چگونه عقیده‌ی بازدارنده‌ی 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. در این درمان، افراد یاد می‌گیرند که احساساتشان را بپذیرند تا این‌که از آنها فاصله بگیرند و به افکار و فرایندهای تفکرشان به وسیله‌ی بهوشیاری بیشتر پرداخته و آنها را در جهت فعالیت‌های هدف‌محور پیوند دهند. 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 کنند که آنها را متوقف سازند، از افراد خواسته می‌شود که در جهت اهداف و ارزشهایشان کار کنند و افکار و احساسات خود را تجربه نمایند [۱۷].

با استفاده از این درمان، به خوبی می‌توان مشکلات روان‌شناختی افراد با نیازهای ویژه، از جمله افسردگی و اضطراب آنها را کاهش داد و مسبب کاهش اجتناب تجربه‌ای در این افراد نیز شد، که در نهایت، نتایجی، از جمله افزایش امید به زندگی، وفق یافتن با شرایط بیماری، روابط بهتر با اطرافیان و کاهش مشکلات مربوط به افسردگی و اضطراب از جمله خودکشی، کندی روانی حرکتی را در بر خواهد داشت.

تشکر و قدردانی

با نهایت تشکر از تمامی مادران که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله تضاد منافع ندارند.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله با شناسه‌ی اخلاق ۲۶۲۶۴-د-۲۵ در دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان ثبت گردید و اصل احترام و رازداری، جلوگیری از افشای اطلاعات به دست آمده‌ی آزمودنی‌ها با نام واقعی، اختیار و آزادی آزمودنی‌ها جهت شرکت و یا ترک آموزش، اخذ رضایت‌نامه‌ی کتبی از آزمودنی‌ها رعایت شده است.

حمایت مالی

این پژوهش با هزینه‌ی شخصی اجرا شده و از حمایت مالی سازمان یا نهاد خاصی برخوردار نبوده است.

نتایج لبه دست آمده مؤید پژوهش Young و همکاران در مورد تأثیر پذیرش و تعهد بر کاهش وسواس، افسردگی و اضطراب در نوجوانی و جوانی بود. در این پژوهش، کاهش چشمگیری در فراوانی اعمال وسواسی، شدت علائم وسواسی، میزان اعتقاد به افکار وسواسی، پریشان‌زایی و لزوم پاسخ‌دهی به آنها و نیز کاهش نمرات افسردگی و اضطراب در سنجش پس از درمان پذیرش و تعهد دیده شد که این کاهش، تا یک ماه پس از درمان نیز تداوم داشت [۱۸].

در پژوهش Wells و Papageorgiou، با استفاده از دو درمان شناختی-رفتاری سنتی و درمان پذیرش و تعهد بر روی بیماران مبتلا به سرطان مرحله‌ی پایانی، انجام پذیرفت. بیماران طی جلسه‌ی درمان پذیرش و تعهد، به طور معنی‌داری کاهش بیشتری را در افسردگی، ناراحتی و نگرانی نسبت به بیماران درمان شناختی- رفتاری سنتی نشان دادند [۲۵].

در این درمان، تمرین‌های بررسی دنیای درون و بیرون در درمان، ایجاد تمایل به ترک برنامه‌ی ناکارآمد، تغییر و تفهیم موضوع کنترل مسأله، معرفی جایگزینی برای کنترل، شناسایی ارزش‌های افراد، تصریح ارزش‌ها، تصریح اهداف، تصریح اعمال و تصریح موانع، بررسی ارزش‌های هر فرد، تعمیق مفاهیم قبلی، تفهیم آمیختگی و گسلش و انجام تمارینی برای گسلش، تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شده، آموزش چگونگی گسلش از آن، بهوشیاری و تأکید برای در زمان حال بودن و بررسی داستان زندگی و عمل متعهدانه و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها، همگی منجر به کاهش شدت اضطراب، افسردگی و نشخوارفکری در افراد با بیماری‌های خاص و نیازهای ویژه شد.

در این درمان، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی، این بود که به آنها کمک کنیم تا افکار آزاردهنده‌شان را فقط به عنوان یک فکر، تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه‌ی فعلی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برای‌شان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند. در این‌جا با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه‌ی مراجعان 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، هدف اصلی، افزایش انعطاف روان‌شناختی این افراد بود. این رویکرد همان‌طور که نتایج آماری نشان داد، منجر به کاهش معنی‌داری در افسردگی و اضطراب و نشخوار فکری شد.

از محدودیت‌های این پژوهش، کوچک بودن نمونه‌های مورد مطالعه، عدم پیگیری ارزیابی‌ها و نبود گروه شاهد بود. بر این اساس برای نتیجه‌گیری نهایی، تکرار مطالعات موردی متعدد یا انجام پژوهش‌های تجربی با گروه شاهد و نمونه‌ی

REFERENCES

1. Seyed Ahmadi M, Keyvanlou F, Koushan M, Mohammadi Raof M. Comparing the mental health of athlete and nonathletic university students. *J Sabzevar Unive Med Sci.* 2020;17[2]:116-22. [Persian].
2. Mayer JD, Roberts RD, Barsade SG. Human abilities: emotional intelligence. *Annu Rev Psychol.* 2018;59:507-36. [DOI: [10.1146/annurev.psych.59.103006.093646](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093646)] [PMID]
3. Khani H, Belir S, Zamani S, Zamani N. Efficacy of dialectical behavior therapy on depression. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2019;25(126):200-5. [Persian].
4. Schwarz J, Penka M, Indrak K, Pospisilova D, Pytlık R, Dulıcek P, et al. The WHO 2008 classification of Ph-myeoproliferative disorders: statement of the Czech MPD Working Group. *Leukemia.* 2008;22(11):2118-9. [DOI: [10.1038/leu.2008.93](https://doi.org/10.1038/leu.2008.93)]
5. Ashtari F, Karimi A, Delpisheh A, Meamar R, Sayehmiri K, Daliri S. Estimated Incidence Rate of Multiple Sclerosis and Its Relationship with Geographical Factors in Isfahan Province between the Years 2001 and 2014. *Int J Prev Med.* 2018;9:103. [DOI: [10.4103/ijpvm.IJPVM_317_16](https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_317_16)] [PMID]
6. Sadock BJ, Sadock AV. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry, behavioral sciences/clinical psychiatry. 9th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2002.
7. Macnee CL, McCabe S. Understanding nursing research, reading and using research in evidence based practice. 2nd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2016.
8. Fong G, Garralda EM. Anxiety disorders in children and adolescents. *Psychiatry.* 2015;4(8):77-81.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
10. Adrian W. Metacognitive therapy for anxiety and depression. London, UK: The Guilford Press; 2009.
11. Ganji M. Abnormal psychology based on DSM-5. Tehran, Iran: Savalane Pub; 2013. [Persian].
12. Lambert KG. Rising rates of depression in today's society: Consideration of roles of effort-based rewards and enhanced resilience in day-to-day functioning. *Neurosci Biobehav Rev.* 2016;30:497-510. [DOI: [10.1016/j.neubiorev.2005.09.002](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2005.09.002)] [PMID]
13. Young JE, Weinberger AD, Beck AT. Cognitive therapy for depression. In: Barlow DH, editor. *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual.* 3rd ed. New York, NY: The Guilford Press; 2001.
14. Lavretsky H, Kumar A. Clinically significant non-major depression: Old concepts, new insights. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2012;10:239-55. [DOI: Not found] [PMID]
15. Masuda A, Hayes SC, Sackett CF, Twohig MP. Cognitive diffusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a 90-year-old technique. *Behav Res Ther.* 2014;42[4]:477-85. [DOI: [10.1016/j.brat.2003.10.008](https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.10.008)] [PMID]
16. Twohig MP. The application of acceptance and commitment therapy to obsessive-compulsive disorder. *Cogn Behav Pract.* 2019;16[1]:18-28. [DOI: [10.1016/j.cbpra.2008.02.008](https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.02.008)]
17. Forman EM, Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies. In: O'Donohue WT, Fisher JE, editor. *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice.* 2nd ed. Hoboken, NJ: Wiley; 2018. pp: 263-5.
18. Kanter JW, Baruch DE, Gaynor ST. Acceptance and commitment therapy and behavioral activation for the treatment of depression: Description and comparison. *Behav Anal.* 2016;29:161-85. [DOI: [10.1007/BF03392129](https://doi.org/10.1007/BF03392129)] [PMID]
19. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II. Beck Depression Inventory. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 2020.
20. Fathiashtiani A, Dadsetan M. Psychological tests personality and mental health. Tehran, Iran: Besat Population; 2008. [Persian].
21. Narimani M, Abolghasemi A. Psychological tests. Ardebil, Iran: Baghe Rezvan; 2016. [Persian].
22. Fata L, Birashk B, Atefvahid MK, Dobson KS. Meaning assignment structures/ schemas, emotional states and cognitive processing of emotional information: comparison of two conceptual frameworks. *Iranian J Psychiatry Clin Psychol.* 2015;11[3]:312-26. [Persian].
23. Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran Univ Med J.* 2008;66(2):136-40. [Persian].
24. Luminet O. Measurement of depressive rumination and associated constructs. In Papageorgiou C, Wells A, editor. *Depressive rumination: Nature, theory and treatment.* New York, NY: Wiley; 2004. pp: 187-215.
25. Papageorgiou C, Wells A. Depressive rumination; nature, theory and treatment. New York, NY: Wiley; 2004.