

تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی مادران دانش آموزان کم توان ذهنی دوره متوسطه تحصیلی آموزش و پرورش ناحیه سه شیراز

جواد معینی راد^۱، صدیقه طاهرمنش^۲

^۱ کارشناس ارشد روان شناسی عمومی دانشگاه پیام نور واحد بین المللی عسلویه (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناس ارشد روان شناسی عمومی دانشگاه پیام نور واحد شیراز

چکیده

هدف : تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی مادران دانش آموزان کم توان ذهنی هدف این پژوهش بود. **روش :** روش این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این تحقیق مادران دانش آموزان کم توان ذهنی دوره متوسطه تحصیلی در آموزش و پرورش ناحیه سه شیراز بودند. ابزار این پژوهش مقیاس افسردگی بک بود. از بین این مادران به روش نمونه گیری در دسترس ۳۰ نفر شدند و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه به تعداد مساوی گمارده شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۴۵ دقیقه ای تحت تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند اما گروه گواه مداخله ای دریافت نکردند. **یافته ها :** داده های تحقیق با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. روش تجزیه و تحلیل، تحلیل کوواریانس بود. میانگین پس آزمون گروه آزمایش کمتر از میانگین پیش آزمون بود. این تفاوت معنادار بود ($P < 0/01$). **نتیجه گیری :** براساس این یافته ها فرض صفر آماری رد شد و می توان استنباط نمود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی مادران دانش آموزان کم توان ذهنی در آموزش و پرورش ناحیه سه شیراز مؤثر است.

واژه های کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، افسردگی، کم توانی ذهنی

مقدمه

وجود فرزندان با کم توانی ذهنی در خانواده باعث می شود تا مشکلات و محدودیت های مختلفی برای والدین آنان و سایر اعضای خانواده ایجاد شود. در برخی خانواده ها بیش از یک فرزند با نیازهای ویژه وجود دارد و این مسئله می تواند مسائل و مشکلات بیشتری را برای اعضای خانواده فراهم نماید. در میان تمامی اعضای خانواده، مادران دانش آموزان کم توان ذهنی اغلب بیشتر از سایر اعضای خانواده با وی در ارتباط هستند و بیشتر از دیگران به محدودیت های مختلفی در زمینه های ارتباطی دچار خواهند شد. مادران دانش آموزان کم توان ذهنی به طور مداوم در خطر بروز اختلال های جسمانی و روانی قرار دارند. اگر این دانش آموزان علاوه بر کم توانی ذهنی به معلولیت جسمانی نیز مبتلا باشند فشارهای جسمانی زیادی بر روی مراقبان و سرپرستان آنان اعمال می شود. نگرانی بابت آینده این فرزندان و همچنین عدم پذیرش محدودیت های آنان از جمله مشکلاتی است که این گروه از مادران به آن دچار هستند.

یکی از اختلالاتی که مادران دانش آموزان کم توان ذهنی را تهدید می کند افسردگی است. این گروه از مادران به دلیل فشارهای متعدد جسمی و روانی در خطر بیشتری نسبت به هم تاییان سالم خود برای مبتلا شدن به افسردگی قرار دارند. بدون تردید افسردگی مادر زمینه بروز ناهنجاری های روان شناختی متعددی را برای اعضای خانواده فراهم می کند. میزان شیوع

افسردگی در گروه سنی بزرگسالان را حدود ۲/۵ درصد اعلام کرده اند [۱]. انتظار می رود که افسردگی اساسی به عنوان دومین دلیل ناتوانی در جهان تا سال ۲۰۲۰ شناخته شود [۲]. بنابراین لازم است تا راهکارهای درمانی مناسبی برای افسردگی مورد توجه قرار گیرد. شیوه های درمان افسردگی را می توان به دو دسته درمان های زیستی و درمان های روانی تقسیم نمود. درمان های زیستی شامل دارو درمانی، درمان با تشنج الکتریکی، درمان با نور درخشان، تحریک مغناطیسی از طریق مجسمه و تحریک عمیق مغز است. دسته دوم شامل روان درمانی های مختلف است که برخی از شناخته شده ترین این روش ها درمان شناختی - رفتاری، درمان فعال سازی رفتاری، درمان میان فردی، خانواده درمانی و زوج درمانی است [۳].

یکی دیگر از روش های روان درمانی برای درمان افسردگی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. این درمان یکی از روش های درمانی موج سوم رفتار درمانی است و هدف اصلی آن ایجاد انعطاف پذیری روان شناختی است [۴]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نوعی رویکرد مداخله بافتی کارکردی مبتنی بر نظریه چهارچوب ارتباطی است که ریشه رنج انسان را در عدم انعطاف روانی تقویت شده توسط آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه ای می داند [۲]. تمایل به پذیرش تجارب ناخوشایند و مدیریت کردن عواطف منفی و عدم اجتناب از آن ها از نکات مهم و کلیدی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. در این درمان ارتباط روان شناختی میان فرد و افکار و احساساتش افزایش می یابد. افزایش انعطاف پذیری روان شناختی که هدف این درمان است از طریق شش فرآیند به دست می آید. این فرآیندها شامل پذیرش^۱، گسلش^۲، خود به عنوان زمینه^۳، ارتباط با زمان حال^۴، ارزش ها^۵ و اقدام متعهدانه^۶ هستند [۵].

^۱ - Acceptance

^۲ - Diffusion

^۳ - Self as context

^۴ - Being present

^۵ - Values

این شش فرآیند اصلی با هم در تعامل هستند و ویژگی های کارکردی مشترکی دارند [۶]. برخلاف رویکردهای کلاسیک رفتاردرمانی شناختی، هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تغییر شکل یا فراوانی افکار و احساسات آزاردهنده نیست؛ بلکه هدف اصلی آن تقویت انعطاف پذیری روان شناختی است. مراد از انعطاف پذیری روان شناختی توانایی برقراری ارتباط با لحظه لحظه های زندگی و تغییر یا تثبیت رفتار است [۷].

در پژوهشی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر نشانه های افسردگی و اضطراب مادران کودکان ۲ تا ۶ ساله آسیب دیده شنوایی شهر تبریز بررسی شد. یافته های این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه های افسردگی و اضطراب مادران این کودکان مؤثر است [۸].

باقر زاده لداری^۷ و همکارانش نیز در مطالعه ای اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را با اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری بر افسردگی و نشخوار فکری بیماران مقاوم در برابر دارودرمانی مقایسه کردند. جامعه آماری پژوهش آنان بیماران شهرهای ساری و بابل بودند. یافته های پژوهش آنان حاکی از آن بود که هر دو درمان مذکور در کاهش نشانه های افسردگی و نشخوار فکری مؤثر بوده اند [۹].

ساعدی^۸ و همکارانش نیز در یک پژوهش اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر اضطراب و افسردگی بیماران مصرف کننده متادون در شهر مشهد بررسی کردند. یافته های آنان نشان داد نمرات افسردگی گروه آزمایش نسبت به نمرات افسردگی گروه گواه به طور معناداری کاهش یافته است اما این تفاوت در نمرات اضطراب دو گروه معنادار نبود [۱۰].

در پژوهشی دیگر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان فیزیوتراپی بر افسردگی، اضطراب و تنیدگی در بیماران مبتلا به درد مزمن مقایسه شد. جامعه آماری این پژوهش را تمامی بیماران زن مبتلا به درد مزمن در محدوده زمانی دوماهه در سال ۱۳۹۷ در شهر اصفهان تشکیل می دادند. یافته های این پژوهش نشان داد که برخلاف درمان فیزیوتراپی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود اضطراب، افسردگی و تنیدگی در این گروه از بیماران مؤثر است [۱۱].

کرمی^۹ و همکارانش در مطالعه ای اثربخشی رفتاردرمانی شناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی مادران نوزاد نارس در شهر سمنان با هم مقایسه نمودند. نتایج آنان نشان دهنده تأثیر مثبت هر دو روش در کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مذکور بود. با این حال در این مطالعه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر از رفتاردرمانی شناختی بود [۱۲].

^۶ - Committed action

^۷ - Bagherzadeh ledari

^۸ - Saedy

^۹ - Karami

محمودی و قادری^{۱۰} در پژوهشی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر افسردگی، استرس و اضطراب معتادان ترک کرده زندان مرکزی تبریز بررسی نمودند. نتایج پژوهش آنان حاکی از آن بود که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش میزان استرس و اضطراب بیماران مؤثر است اما در کاهش میزان افسردگی آنان مؤثر نیست [۱۳].

مفید^{۱۱} و همکاران نیز در یک پژوهش به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی زنان بزهکار زندانی در شهر اصفهان پرداختند. نتایج تحقیق آنان نشان داد که متغیر مستقل تحقیق (درمان ACT) بر کاهش افسردگی این زنان مؤثر است [۱۴]. در پژوهشی دیگر، برادران و همکارانش اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی را بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به فشارخون اساسی بررسی کردند. جامعه آماری آنان بیماران مراجعه کننده به بیمارستان ولی عصر شهرستان رشت در سال ۱۳۹۵ بودند. یافته های تحقیق آنان نشان دهنده تأثیر مثبت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و اضطراب این بیماران بود [۱۵].

با بررسی پژوهش های انجام شده درباره تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی طیف های مختلف بیماران می توان دریافت که این رویکرد در درمان افسردگی در آن گروه ها موفق بوده است. بر همین اساس و با توجه به پیامدهای نامطلوبی که افسردگی بر مادران و سایر اعضای خانواده دانش آموزان کم توان ذهنی دارد هدف اجرای این تحقیق تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی مادران دانش آموزان کم توان ذهنی دوره متوسطه تحصیلی در آموزش و پرورش ناحیه سه شیراز بود.

مواد و روش ها

ابزار اندازه گیری میزان افسردگی در این پژوهش، پرسشنامه افسردگی بک بود. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است که شامل ۲۱ گویه است و هر گویه یک جنبه خاص از افسردگی را می سنجد که عبارت اند از غمگینی، بدبینی، احساس شکست، نارضایتی، احساس گناه، انتظار تنبیه، دوست نداشتن خود، خود سرزنشی، افکار خودکشی، گریستن، بی قراری، کناره گیری اجتماعی، فقدان تصمیم گیری، احساس بی ارزشی، از دست دادن نیرو، تغییر در الگوی خواب، تحریک پذیری، تغییر در اشتها، نقص در توجه و تمرکز، خستگی پذیری و کاهش علاقه جنسی. بک، استیر و گاربین (۱۹۸۸) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ اعلام کردند. پایایی این پرسشنامه در جامعه بزرگسالان ایرانی ۰/۷۸، اعتبار آن را ۰/۸۴ و ثبات درونی آن ۰/۸۳ گزارش شده است. هم چنین روایی پرسشنامه با استفاده از روش همسانی درونی و باز آزمایی ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ گزارش شده است [۱۶].

روش نمونه گیری این پژوهش به شیوه تصادفی ساده بود. دو مدرسه دارای شرایط اجرای پژوهش بودند. بنابراین به مدارس مورد نظر مراجعه شد. با استفاده از فهرست ثبت شده در این آموزشگاه ها تعدادی از والدین به طور تصادفی انتخاب شدند؛ سپس با ارائه پرسشنامه افسردگی بک، از بین آنان گروهی را که در دامنه افسردگی خفیف تا شدید

^{۱۰} - Mahmoudi & Ghaderi

^{۱۱} - Mofid

قرار داشتند شناسایی شدند. پس از کسب اجازه از آزمودنی‌های انتخاب شده برای شرکت در تحقیق، این آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه به‌طور مساوی گمارده شدند.

ملاک ورود به پژوهش حاضر برای مادران دانش آموزان کم‌توان ذهنی در این تحقیق داشتن دانش‌آموز در حال تحصیل در آموزش و پرورش ناحیه سه شیراز، کسب نمره معنادار در مقیاس افسردگی بک، تمایل داشتن برای شرکت در تحقیق و عدم استفاده از دارو یا روان‌درمانی برای درمان افسردگی بود. ملاک‌های خروج از تحقیق نیز عدم رضایت آزمودنی‌ها به ادامه تحقیق و استفاده از دارودرمانی یا روانی درمانی خارج از چهارچوب تحقیق تا پایان اجرای آن بود.

گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند و گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکردند. سپس از اعضای هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و داده‌های به‌دست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۴ و با روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

محتوای جلسه‌های درمان به شرح زیر بود:

جلسه اول: آشنایی با مشکلات درمانجویان از طریق انجام مصاحبه بالینی

جلسه دوم: ایجاد آگاهی در آزمودنی‌ها که کنترل هیجان‌ها خود نوعی مسئله است و نه راه حل.

جلسه سوم: آشنایی درمانجویان با ذهن آگاهی و تمرین آن در جلسه و خارج از اتاق درمان

جلسه چهارم: ترغیب درمانجویان به پذیرش هیجان‌های خود از طریق ارائه تمثیل‌های مناسب

جلسه پنجم: یاد دادن شیوه‌های ایجاد گسلش شناختی به درمانجویان و تمرین آن در طول هفته

جلسه ششم: کمک به درمانجویان برای یافتن ارزش‌های خود

جلسه هفتم: ایجاد تمایل در درمانجویان برای بافتار انگاری خویشتن از طریق تمثیل‌های مناسب

جلسه هشتم: ترغیب درمانجویان به اقدام متعهدانه از طریق بررسی دوباره ارزش‌های خود

نتایج و بحث

پس از جمع‌آوری نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون شاخص‌های آمار توصیفی این داده‌ها در هر دو گروه به دست آمد. مهم‌ترین این شاخص‌ها در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول شماره ۱ - شاخص های آمار توصیفی پیش آزمون و پس آزمون داده های تحقیق

گروه ها	پیش آزمون			پس آزمون		
	میانگین	انحراف	فاصله	میانگین	انحراف	فاصله
آزمایش	۱۸/۰۷	۵/۲۹	-۱۰/۶۶ ۱۵/۸۸	۱۳/۲۷	۴/۷۱	-۱۴/۲۵ ۱۹/۸۸
گواه	۱۷	۴/۳۲	-۱۵/۱۳ ۲۱/۰۰	۱۷/۰۷	۵/۰۷	-۱۴/۶۰ ۱۷/۰۰

نتایج جدول شماره ۱ نشان داد که میانگین نمره های افسردگی یک در گروه آزمایش در پس آزمون کاهش یافته حال آن که این نمره ها در گروه گواه در پس آزمون کاهش نیافته است . برای این که معنادار بودن یا عدم معنادار بودن این تفاوت در گروه آزمایش مشخص شود بایستی از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده می شد تا تأثیر نمره های پیش آزمون در نمره های پس آزمون تعدیل شود.

پیش از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس لازم بود تا مفروضه های این آزمون مورد بررسی قرار گیرد بنابراین ابتدا پارامتریک بودن داده ها مورد بررسی قرار گرفت . با توجه به این که نمره های افسردگی دارای مقیاس فاصله ای بودند بنابراین تنها اثبات توزیع طبیعی داده ها برای پارامتریک بودن داده ها کافی بود. تعداد آزمودنی ها در این تحقیق ۳۰ نفر بود بنابراین بهترین آزمون برای توزیع طبیعی داده ها آزمون شاپیرو-ویلک بود. نتایج این آزمون در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

جدول شماره ۲- نتایج آزمون توزیع طبیعی داده های تحقیق

گروه ها	پیش آزمون			پس آزمون		
	نمره آماری	درجه آزادی	سطح معناداری	نمره آماری	درجه آزادی	سطح معناداری
آزمایش	۰/۹۶	۱۵	۰/۷۵	۰/۸۸	۱۵	۰/۰۶
گواه	۰/۹۲	۱۵	۰/۲۰	۰/۹۳	۱۵	۰/۳۳

نتایج آزمون توزیع طبیعی نشان داد که نمره های پیش آزمون و پس آزمون هر دو گروه دارای توزیع طبیعی هستند. نمره آماری به دست آمده در هر ردیف از جدول شماره ۲ با توجه به مقدار سطح احتمال که همگی بالاتر از سطح معنادار است ($P > 0/05$) معنادار نیست و بنابراین می توان دریافت که توزیع داده ها طبیعی است. بنابراین یکی از شروط اجرای آزمون تحلیل کوواریانس که پارامتریک بودن داده ها است رعایت شده.

شرط دیگری که بایستی برای انجام آزمون تحلیل کوواریانس رعایت شود همگنی شیب های رگرسیون است. اگر ثابت نشود که واریانس های داده ها در میان گروه ها دارای تفاوت معناداری نیست نمی توان از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده کرد. نتایج این آزمون در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

جدول شماره ۳- آزمون همگنی شیب های رگرسیون داده های تحقیق

منبع اثر	مجموع مجذورات مدل	درجه های آزادی	میانگین مجذورات مدل	F	سطح معناداری
مدل تصحیح شده	۵۹۷/۴۰	۳	۱۹۹/۱۳	۲۸/۳۳	۰
ACT	۸/۶۱	۱	۸/۶۱	۱/۲۳	۰/۲۷
پیش آزمون افسردگی	۴۸۴/۹۳	۱	۴۸۴/۹۳	۶۸/۹۸	۰
تعامل پیش آزمون افسردگی و ACT	۴۱/۰۱	۱	۴۱/۰۱	۵/۸۳	۰/۲۳
خطا	۱۸۲/۷۶	۲۶	۷/۰۳		
مجموع	۷۶۸۱/۰۰	۳۰			
مجموع تصحیح شده	۷۸۰/۱۶	۲۹			

نتایج جدول شماره ۳ نشان داد که همگنی واریانس ها در میان گروه های متغیر مستقل رعایت شده است. مقدار F به دست آمده از تعامل بین ACT و نمره های پیش آزمون افسردگی ($F = 5/83$) با توجه به سطح معناداری ($P = 0/23$) از نقطه بحرانی عبور نکرده و معنادار نیست. بنابراین تفاوت واریانس ها در گروه ها معنادار نیست و همگنی واریانس ها رعایت گردیده است.

پس از بررسی مفروضه های لازم برای اجرای آزمون تحلیل کوواریانس و اطمینان از رعایت شدن آن ها آزمون تحلیل کوواریانس برای این داده های تحقیق اجرا شد. نتایج این آزمون در جدول شماره ۵ نشان داده شده است.

جدول شماره ۴- آزمون تحلیل کوواریانس داده های پژوهش

منبع اثر	مجموع مجذورات مدل	درجه های آزادی	میانگین مجذورات مدل	F	سطح معناداری	ضریب ایتا
مدل تصحیح شده	۵۵۶/۳۹	۲	۲۷۸/۲۰	۳۳/۵۶	۰	۰/۷۱
پیش آزمون افسردگی	۴۴۸/۰۹	۱	۴۴۸/۰۹	۵۴/۰۶	۰	۰/۶۶

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۶۲/۳۱	۱	۱۶۲/۳۱	۱۹/۵۸	۰	۰/۴۲
خطا	۲۲۳/۷۶	۲۷	۸/۲۸			
مجموع تصحیح شده	۷۶۸۱/۰۰	۳۰				
مجموع تصحیح شده	۷۸۰/۱۶	۲۹				

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان دهنده این است که تفاوت میانگین های پیش آزمون و پس آزمون مقیاس افسردگی بک در گروه آزمایش معنادار است. مقدار F به دست آمده در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ($F=19/58$) با توجه به سطح معناداری به دست آمده آن که کمتر از $0/001$ است و درجات آزادی ۱ و ۲۹ از نقطه بحرانی عبور کرده است و این تفاوت معنادار است. بنابراین فرض صفر آماری به نفع فرض خلاف رد شد و می توان کاهش ایجاد شده در نمره های افسردگی آزمودنی های گروه آزمایش را ناشی از اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دانست.

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر افسردگی مادران دانش آموزان کم توان ذهنی در دوره متوسطه تحصیلی آموزش و پرورش ناحیه سه شیراز اجرا شد. یافته های به دست آمده از این تحقیق نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی آزمودنی های گروه آزمایش مؤثر بوده است. تفاوت به دست آمده بین میانگین پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش با احتمال کمتر از $0/001$ معنادار بود. بنابراین می توان ابراز داشت که این رویکرد درمانی در کاهش افسردگی مادران دانش آموزان کم توان ذهنی دوره متوسطه تحصیلی در مدارس آموزش و پرورش ناحیه سه مؤثر است.

یافته های این پژوهش با یافته های پژوهش های قرشی و همکاران [۸]، باقر زاده لداری و همکاران [۹]، قطره سامانی و همکاران [۱۱]، محمودی و قادری [۱۳] و مفید و همکاران [۱۴] که هر یک از این تحقیقات تأثیر قصه درمانی را بر افسردگی گروهی از اقشار جامعه بررسی نموده اند همسویی دارد. در برخی از تحقیقات دیگر نیز تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با روش های درمانی دیگری چون درمان شناختی - رفتاری یا درمان فعال سازی رفتاری مقایسه شده است در تمامی این پژوهش ها نتایج به دست آمده حاکی از موفقیت روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی آزمودنی ها بوده است که از این حیث با نتیجه تحقیق حاضر همخوانی دارد.

بنابراین می توان دریافت که هر شش رکن اساسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که شامل پذیرش، گسلش شناختی، ارزش، اقدام متعهدانه، بافتار انگار خویشتن و تماس با لحظه اکنون در ایجاد انعطاف پذیری روانی درمانجویان مؤثر بوده است. برخلاف تکنیک غالب در رفتار درمانی شناختی (که درمانگر افکار منفی خود آیند را به چالش می کشد و شواهد منفی و مثبت این افکار را ارزیابی می نماید) در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به محتوای افکار توجه نشده و به جای آن بر این شش رکن اساسی با استفاده استعاره ها و تمثیل ها سپس تمرین هر یک از این ابعاد در فاصله بین جلسه ها توجه می شود. در حالی که درمانگر بایستی به تمامی این شش ضلع درمان توجه داشته باشد؛ بیشترین توجه را بایستی به ضلعی که درمانجو در آن بیشتر ضعف دارد معطوف نماید.

یکی از نکات مهم در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد این باور در درمانجو است که تلاش برای کنترل هیجان ها خود منشأ مشکلات روانی می شود. زیربنای اساسی این درمان آن است که درد و رنج جزئی از زندگی است. بنابراین کنترل هیجان های منفی یا فرار از آن ها راه سودمندی برای نجات از این هیجان ها نیست و به طور ناخواسته بر شدت

و دوام این هیجان‌ها افزوده می‌شود. در بیشتر مدت‌زمان جلسه‌های اولیه درمان تلاش می‌شود که کنترل هیجانی از درمانجو گرفته شود و پذیرش هیجان‌ها از سوی آنان صورت گیرد و این مهم‌ترین رکن درمان در این تحقیق بود.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم حضور به‌موقع برخی از آزمودنی‌ها در جلسه‌های درمان اشاره کرد که این امر باعث شد تا این روش درمان به‌طور مختصرتر از میزان پیش‌بینی‌شده ارائه گردد. همچنین برخی از آزمودنی‌ها به دلایل مختلف در انجام تکالیف خود موفق نبودند. درک برخی از استعاره‌ها و تمثیل‌ها و به‌ویژه انجام تمرین‌های ذهن آگاهی برای برخی از آزمودنی‌ها دشوار بود.

بی‌تردید تأثیر مطلوب این شیوه درمانی می‌تواند زمینه‌ساز شناخته‌تر شدن این درمان و کاهش مشکلات روان‌شناختی در افراد جامعه گردد. به پژوهشگران آینده در حیطه روان‌درمانی توصیه می‌شود که تحقیق حاضر را با اضافه کردن یک یا چند متغیر پیامد دیگر و با افزایش جلسه‌های درمان در نواحی دیگر آموزش و پرورش نقاط مختلف کشور انجام دهند.

فهرست مراجع

۱. صمصام شریعت، سید محمد رضا؛ طاهر نشاط دوست، حمید؛ کلانتری، مهرداد؛ عریضی سامانی، سید حمید رضا. (۱۳۹۶). شاخص‌های کاربردی در رویکردهای درمانی اختلالات افسردگی مزمن. تحقیقات علوم رفتاری، شماره ۱۵، پیاپی ۳، ص ۳۸۶-۳۹۶.
۲. هیز، استیون سی؛ استروسال، کرک. راهنمای عملی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. (۱۳۹۴). ترجمه علیزاده موسوی، ابراهیم؛ پیرجاوید، فاطمه. چاپ اول، انتشارات فرا انگیزش، صفحه ی ۱۰۳.
۳. باچر، جیمز؛ هولی، جیل؛ مینکا، سوزان. آسیب شناسی روانی جلد ۲، (۱۳۹۵). ترجمه سید محمدی، یحیی. چاپ پنجم، انتشارات ارسباران، ص ۸۲-۹۷.
۷. الهی فر، حسن؛ قمری، محمد؛ زهراکار، کیانوش. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی آموزش رویکرد مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و درمان پذیرش و تعهد بر افزایش شادکامی معلم های زن. فصلنامه روان شناسی کاربردی، شماره ۱۳، پیاپی ۱، ص ۱۴۱-۱۶۲.
۱۱. قطره سامانی، مهناز؛ نجفی، محمود؛ رحیمیان بوگر، اسحق. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فیزیوتراپی بر افسردگی، اضطراب و تنیدگی در بیماران مبتلا به درد مزمن. مجله علوم روان شناختی، شماره ۷۴، پیاپی ۱۸، ص ۱۵۹-۱۶۹.
۱۲. کرمی، ابوالفضل؛ عمرانی، رقیه؛ دانایی، نوید. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی شناختی (CBT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اضطراب و افسردگی مادران نوزاد نارس. فصلنامه مطالعات روان شناسی بالینی، سال هشتم، شماره سی و یکم، ص ۱۳۹-۱۵۶.
۱۳. محمودی، حجت؛ قادری، صابر. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، استرس و اضطراب معنادان ترک کرده زندان مرکزی تبریز. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال یازدهم، شماره ۴۳، ص ۱۹۵-۲۱۰.

۱۴. مفید، وحیده؛ فاتحی زاده، مریم؛ درستی، فاطمه. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان بزهکار زندانی در شهر اصفهان. پژوهش های راهبردی امنیت و نظم اجتماعی، شماره ۱۸، پیاپی ۳، ص ۳۰-۱۷.

۱۵. برادران، مجید؛ زارع، حسین؛ علی پور، احمد؛ فرزاد، ولی اله. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و مصاحبه انگیزشی بر کاهش اضطراب، افسردگی، فشار روان شناختی و افزایش امید بیماران مبتلا به فشار خون اساسی. مجله روان شناسی بالینی، شماره ۳۲، پیاپی ۴، ص ۱-۱۳.

۱۶. عزیزی، آرمان؛ قاسمی، سیمین. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی سه رویکرد راه حل مدار، شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان مطلقه. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی، سال هشتم، شماره ۲۹، ص ۲۰۷-۲۳۶.

۴. Mirzaeidoostan Z, Zarga Y, ZandiPayam A. (۲۰۱۹). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Death Anxiety and Mental Health in women with HIV in Abadan city, Iran. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (pp.۲-۴). Iran: Tehran.

۵. DehghaniNajvani, B., TaherNeshatdoost, H., Abedi, M., Mokarian, F. (۲۰۱۵). The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Depression and Psychological Flexibility in women with Breast Cancer, Zahedan Journal Res Med Sci (pp.۱-۶). Iran: Zahedan.

۶. Zare, H., Baradaran, M. (۲۰۱۹). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in improving of cognitive control and cognitive flexibility in anxious students, Journal of applied psychology (pp.۱۱-۱۲).Iran:Tehran.

۸. Gharashi, k., Moheb, N., Abdi, R. (۲۰۱۹). Effect of acceptance and commitment therapy on decreasing anxiety and depression symptoms in mothers hearing impaired or deaf children, AudVesitbRes, (pp.۱۱۶-۱۲۳). Iran:Tehran.

۹. BagherzadehLedari, R., Masjedi, A., Bakhtyari, M., Zarghami, M., Nouri, R., Hosseini, H. (۲۰۱۸). A Comparisonbetween Effectiveness of Acceptance and Commitment Treatment and Behavioral Activation Treatment for Depression on Symptoms severity and Rumination among Patients with Treatment-Resistant Depression, Iran Journal Psychiatry Behavior Sciences (pp.۱-۹). Iran: Tehran.

۱۰. Saedy, M., Kooshki, S., Firouzabadi M., Emamipour, S., Ardani, A. (۲۰۱۵). Effectiveness of Acceptance-Commitment Therapy on Anxiety and Depression among Patients on Methadone Treatment. A Pilot Study, Iran J Psychiatry Behav Sci (pp.۲-۷). Iran: Tehran.