

## تعیین اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی به روش ارتباط اینترنتی بر کاهش میزان افسردگی بیماران مبتلا به سرطان روده

سمیرا درگاهی<sup>۱</sup>، دکترمینا مجتبابی<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> نویسنده مسئول، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد روهن

<sup>۲</sup> استادیار و عضو هیات علمی دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد روهن

### چکیده:

هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی به روش ارتباط اینترنتی بر کاهش میزان افسردگی و بهزیستی روان شناختی بیماران مبتلا به سرطان روده است. این پژوهش از لحاظ روش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران خانم مبتلا به سرطان بیمارستان امام خمینی شهر تهران در شش ماه دوم سال ۱۳۹۴ است و حجم نمونه این پژوهش شامل ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان می باشد. که نمونه گیری اولیه، انتخاب اولیه با غربالگری (دارا بودن نشانه های افسردگی) و به شیوه هدفمند همراه با جایگزینی تصادفی ۱۵ نفر در گروه کنترل و ۱۵ نفر در گروه آزمایش است و حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن با اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۷۵ برابر ۱۵ نفر برای هر گروه از بیماران مبتلا به سرطان روده بر آورد شده است. پس از مرحله جایگزینی پرسشنامه پژوهشی بر روی نفرات هر دو گروه اجرا شد که در آن از پرسشنامه افسردگی بک که یک ابزار خود گزارشی ۲۱ گویه ای است که برای سنجش شدت افسردگی و نشانه های آن طراحی شده است. بعد از آن بر روی نفرات گروه آزمایش ۸ جلسه پذیرش و تعهد درمانی انجام شد و داده ها به صورت آمار توصیفی به روش تعیین میانگین و انحراف معیار و رسم جداول فراوانی و نمودارها و در آمار استنباطی جهت توصیف داده ها از شاخص های توصیفی مانند جدول فراوانی، انحراف استاندارد واریانس و برای تجزیه و تحلیل استنباطی داده ها از طرح تحلیل کواریانس و کواریانس چند متغیره مانکوا تجزیه و تحلیل شد و در پایان نتایج نشان داد که پذیرش و تعهد درمانی (ACT) به روش ارتباط اینترنتی، علائم افسردگی را کاهش می دهد. از این رو می توان رویکرد ACT را به عنوان یک مداخله مناسب به منظور بهبود افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان روده به کار برد. واژگان کلیدی: اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی، ارتباط اینترنتی، افسردگی

### مقدمه:

سرطان احتمالاً بیماری ای است که اغلب مردم بیشتر از سایر بیماری ها، از آن می ترسند. کلمه سرطان به خودی خود برای مردم ترسناک است و بیشتر مردم، میزان مرگ ناشی از آن را خیلی بیشتر تصور می کنند گرفتن نتایج آزمایش که نشان دهنده ی سرطان احتمالی روده باشد، حتی اگر با تأیید سلامت روده با آزمون های دیگر همراه باشد، ماهها باعث اضطراب شدید در بعضی افراد می شود. این بیماران سرطان را «قاتل حقیقی» خود و مرضی که به درد، ناتوانی و تغییر شکل منجر می شود تلقی می کنند. سازگاری در بیماران مبتلا به سرطان، به خیلی از جنبه های بیماری و شرایط روانی اجتماعی آنان بستگی دارد. برای مثال، دستیابی بیماران به سازگاری هیجانی، به سن و وضعیت جسمی آنان بستگی دارد؛ به نظر می رسد که میانسالان یا بزرگسالانی که ناتوانی جسمی بیشتری دارند، از افراد مسن یا کسانی که ناتوانیشان کمتر است، خیلی بیشتر احساس ناراحتی می کنند (نقل از سارافینو، ترجمه میرزایی و همکاران، ۱۳۸۴).

<sup>۱</sup> نویسنده مسئول، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد روهن

<sup>۲</sup> استادیار و عضو هیات علمی دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد روهن

مراد از کنار آمدن هر گونه پاسخ برای سازش یافتگی فرد، در رویارویی با یک رویداد زیانبار است. راهبردهای مقابله ای که فرد به کار می برد ممکن است کاهش فشار روانی را به دنبال داشته باشند و از این رو یک شیوه کنار آمدن مؤثر شناخته شوند (آگیلار وفائی، ۱۳۸۵).

کوشش برای کمک به فرد به منظور سازگاری با بیماری، از زمان مصاحبه ی تشخیصی شروع می شود. سازگاری مثبت با بیماری زمانی افزایش می یابد که وی هشیار باشد، همسرش یا یک فرد مؤثر دیگر حاضر باشند و به فرد اجازه دهند احساسات خود را نشان دهد. برای افزایش سازگاری فرد با بیماری و ارتقای کیفیت زندگی چندین گونه مداخلات روانی اجتماعی با موفقیت مورد استفاده قرار گرفته است و نشان داده است که روش های روانی اجتماعی نه تنها بر سازگاری افراد می افزاید بلکه امکان دارد بقای آنان را نیز افزایش دهد (سارافینو، ترجمه میرزایی و همکاران، ۱۳۸۴). مشاوره افزون بر اینکه گستره ارتباطات میان بیماران را افزایش می دهد سبب افزایش آگاهی، فعالیت، تاثیر در اتخاذ تصمیم، کاهش نگرانی، افزایش اعتماد به نفس می گردد.

اغلب ما گاهی افسرده می شویم. قطع رابطه با همسر و یا ابتلا به یک بیماری سخت نمونه هایی از رویدادهایی هستند که می توانند باعث وقوع خلق افسرده در خیلی از افراد شوند. با این حال، اختلال های خلقی نوسانات بسیار شدید تر خلق را برای مدت بسیار طولانی شامل می شوند. در چنین مواردی، آشفتگی های خلقی شدید هستند و آن قدر دوام می آورند که ناسازگارانه شده و اغلب به مشکلات جدی در روابط و عملکرد شغلی منجر می شوند. شروع و سیر افسردگی نیز به متغیرهای مختلف زیست شناختی، سابقه بیماری، محیط و شرایط روانی - اجتماعی مربوط میشود.

درمان پذیرش و تعهد بر خلاف سایر نظریات روان درمانی غربی یک رویکرد نشانه نگر نیست در این درمان اعتقاد بر این است که ذهن سالم و فرآیند شناخت، تفکر و زبان انسان را به سمت اجتناب کردن از تجربه می برد (که بر اساس درمان های موج سوم رفتاری باید شرایط موجود را به صورت فعال مورد پذیرش قرار داد). این اجتناب تجربی خود باعث ایجاد مشکلات و رنج بردن انسان می شود (هیز، استروسال، ویلسون، ۱۹۹۹).

در درمان پذیرش و تعهد هدف اصلی ایجاد انعطاف پذیری روان شناختی است؛ انعطاف پذیری روان شناختی یعنی توانایی انتخاب پاسخ عملی مناسب در بین گزینه هایی که موجود است، نه اینکه صرفاً از افکار، احساسات، خاطره ها یا تمایلات آشفته ساز اجتناب یا به فرد تحمیل شود. در این درمان ابتدا سعی می شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات، و...) افزایش و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد.

به بیمار آموزش داده می شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی نا خواسته، بی اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می شود و باید این تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به طور کامل پذیرفت. در گام بعدی بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می یابد. در مرحله بعد به فرد آموخته می شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (ناهمجوشی شناختی)، به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر مفهوم سازی خود یا داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. گام بعد، کمک به فرد تا اینکه ارزش های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آن ارزش ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند. در نهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی معطوف به اهداف و ارزش های مشخص شده همراه با پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می توانند افکار افسرده کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث (تروما)، هراس ها و یا اضطراب اجتماعی و... باشند (هیز، استروسال، ویلسون، ۲۰۱۱).

از آنجایی که رویکرد درمانی پذیرش و تعهد (ACT) یک رویکرد درمانی جدید بوده و از فرآیندهای پذیرش، تمرکز ذهنی تعهد و فرآیندهای تغییر رفتار به منظور ایجاد انعطاف پذیری روانی استفاده میکند (هایس و ماسودا، ۲۰۰۶ به نقل از هنرپروان ۱۳۹۳) برای درمان مشکلات روانی و اجتماعی مبتلایان به سرطان رویکرد مناسبی می باشد. از منظر ACT رنج

انسان ها ریشه در انعطاف پذیری روانی دارد که بوسیله تلفیق شناختی و اجتناب از تجارب ایجاد شده است و آنچه آسیب زا تلقی میگردد تمایل به جذب تجارب و جنگ با آنها از طریق اجتناب نمودن از تجارب می باشد. اجتناب از تجارب، تلاش به منظور کنترل یا دگرگون نمودن شکل، فراوانی یا حساسیت موقعیت تجارب درونی از قبیل، افکار، احساسات، خاطرات و دریافت های حسی بوده و زمانی اتفاق می افتد که شخص تمایل برای حفظ ارتباط خود با برخی از تجربیات خاص شخصی را نداشته و تلاش مینماید که مشکل یا فراوانی این وقایع را حتی اگر به قیمت یک تغییر رفتاری باشد تغییر دهد (بکلج و هایس ، ۲۰۰۱ به نقل از هنرپروران ۱۳۹۳). بنابر این هدف اصلی در این رویکرد آن است که فرد با کنترل موثر دردها، رنج ها و تنش هایی که زندگی لاجرم برای او ایجاد کرده، یک زندگی پربار و معنادار برای خود ایجاد نماید.

با توجه به این که بیماران مبتلا به سرطان به دلیل ناتوانی های جسمانی و روانی نمیتوانند به مراکز درمانی روانشناختی رجوع کنند و از طرفی میتوان درمان پذیرش و تعهد را با استفاده از اینترنت و فضای مجازی به این بیماران آموزش داد و روند درمان را پیگیری کرد، هدف پژوهش حاضر پاسخگویی به این سوال است که آیا درمان پذیرش و تعهد (ACT) به روش اینترنتی بر افسردگی افراد مبتلا به سرطان موثر است؟

از آنجا که پذیرش و تعهد درمانی (ACT) جزء درمان های موج سوم رفتاردرمانی است و با توجه به این نکته که درمان های جدید پوشش دهنده نقاط ضعف درمان های قبل از خود می باشند فرضیه پژوهش را قوت می بخشد که ممکن است این درمان بتواند در کاهش نشانه های افسردگی بیماران مبتلا به سرطان اثربخشی بالایی داشته باشد ، البته این نکته بر این ادعا صحه می گذارد که درمان های موج سوم رفتار درمانی، خود اثربخشی بالایی داشته اند و شاید درمان هایی مثل پذیرش و تعهد درمانی (ACT) ، رفتار درمانی دیالکتیک ، شناخت درمانی مبتنی بر آگاهی ممتد و سایر درمان های موج سوم رفتار درمانی نقاط ضعف اندک درمان های قبلی را خوب پوشش می دهند.با توجه به مطالب فوق ،می توان گفت تاثیر پذیرش و تعهد درمانی (ACT) با روش ارتباط اینترنتی بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به بررسی نگردیده و پژوهشگران به چنین پژوهشی دست نیافته اند ، لذا پژوهشگر به علت اهمیت موضوع بر آن شد تا در این زمینه دست به پژوهش زند .

## روش :

پژوهش حاضر از لحاظ روش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری یک ماهه بود.جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران خانم مبتلا به سرطان بیمارستان امام خمینی شهر تهران در شش ماه دوم سال ۱۳۹۴ بودند .در این پژوهش حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن با اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۷۵ برابر ۱۵ نفر برای هر گروه از بیماران مبتلا به سرطان روده بر آورد می شود . نمونه گیری اولیه ی این پژوهش انتخاب اولیه با غربالگری (دارا بودن نشانه های افسردگی) و به شیوه ی هدفمند همراه با جایگزینی تصادفی بود پس از مرحله جایگزینی پرسشنامه های پژوهشی بر روی نفرات هر دو گروه (۱۵ نفر در گروه کنترل و ۱۵ نفر در گروه آزمایش) اجرا شد و بر روی نفرات گروه آزمایش ۸ جلسه پذیرش و تعهد درمانی انجام شد و بعد از آن تحلیل آماری بر روی نتایج بدست آمده صورت گرفت . روش گردآوری داده ها شامل: کتابخانه ای و میدانی بوده است. در روش کتابخانه ای، برای تعاریف مفاهیم و اصطلاحات و بیان نظریه ها و سوابق، کتاب ها، مقالات و اسناد و مدارک مربوط به تحقیق مورد بررسی قرار گرفت و همچنین داده ها و اطلاعات مرتبط با متغیر های مربوط به هر فرد از طریق پرسشنامه جمع آوری شد. در این پژوهش از پرسشنامه های افسردگی بک استفاده شد. پرسشنامه افسردگی بک یک ابزار خود گزارشی ۲۱ گویه ای است که برای سنجش شدت افسردگی و نشانه های آن طراحی شده است. ماده های این پرسشنامه با استفاده از یک مقیاس لیکرت چهاردرجه ای (از صفر تا سه) نمره گذاری می شوند و نمره های بالاتر حاکی از شدت افسردگی هستند.ویژگیهای روانسنجی این پرسشنامه در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران،به این شرح بود: ضریب آلفا ۰/۹۱ و ضریب همبستگی دو نیمه آزمون ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی ۹۴ / است (فتی، بیرشک، عاطف و وحید و دابسون، ۲۰۰۳ به نقل از موتابی وهمکاران، ۱۳۹۰). محمدخانی ودابسون ( ۲۰۰۷ ) نیز خصوصیات روانسنجی ۳۵۴ نفر از

بیماران افسرده‌ای که در مرحله بهبود نسبی بودند، بررسی کردند، در این مطالعه ضریب همسانی درون ۰/۹۱. بدست آمد (موتابی و همکاران، ۱۳۹۰). ابتدا از بین بیمارستان های تهران یک بیمارستان به تصادف انتخاب، سپس از بین بیماران مبتلا به سرطان روده به تصادف انتخاب شدند و آزمون افسردگی بک و آزمون بهزیستی روانشناختی (PWB) در بیمارستان مذکور اجرا و سپس افرادی که نمره افسردگی آنها بالاتر از ۱۵ و بهزیستی پایین تر از متوسط باشد، انتخاب و از بین آنها تعداد ۳۰ نفر به شیوه تصادفی انتخاب شده و سپس به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایشی و کنترل جایگزین شدند. درمان پذیرش و تعهد به مدت ۸ جلسه به روش ارتباط اینترنتی و در هر جلسه به مدت ۶۰-۴۵ دقیقه بر گروه آزمایش اجرا و گروه کنترل هیچ مداخله ای را دریافت نکردند. پس از مداخله مجدداً آزمون افسردگی بک و بهزیستی روانشناختی (PWB) اجرا شد و داده ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت توصیف داده ها از شاخص های توصیفی مانند جدول فراوانی، انحراف استاندارد واریانس و برای تجزیه و تحلیل استنباطی داده ها از طرح تحلیل کواریانس و کواریانس چند متغیره مانکوا استفاده شد. معیارهای ورود نمونه ها به طرح پژوهش سن ۱۸ الی ۴۰ سال، سطح تحصیلات حداقل دیپلم و داشتن توانایی کارکردن با نرم افزار اسکایپ، کسب نمره لازم در پرسشنامه ی مورد استفاده در پژوهش (حداقل نمره ی ۱۵ در پرسشنامه ی افسردگی بک)، نداشتن سابقه مصرف مواد مخدر و روانگردان، نداشتن سابقه ی بیماری روانی و بستری شدن در بیمارستان، نداشتن سابقه درمان روان شناختی در ۶ ماه گذشته بود اما در این پژوهش معیارهایی نیز برای خروج نمونه ها از پژوهش در نظر گرفته شد که به شرح ذیل است:

حاضر نشدن و به تاخیر انداختن ۳ جلسه از جلسات درمانی، فوت یکی از عزیزان شرکت کننده در خلال جلسات و اقدام به استفاده از مواد مخدر و محرک.

#### روند اجرای جلسات

اهداف	جلسات درمان
معرفی درمان، بحث در مورد حدود رازداری، رضایت آگاهانه مراجع برای اتمام فرآیند درمان، ارزیابی کلی مشکل، بررسی خواسته مراجع از درمان، آشنایی با مفهوم ناامیدی خلاق	جلسه ۱
بررسی انعکاس جلسه قبل در زندگی فرد، ادامه بحث در مورد ناامیدی خلاق، ارائه تکلیف جلسه قبل	جلسه ۲
بررسی انعکاس جلسه قبل در زندگی فرد، بررسی تکالیف خانگی، معرفی کنترل به عنوان یک مشکل نه راه حل، آشنایی با مفهوم تمایل- پذیرش، ارائه تکلیف	جلسه ۳
بررسی تجربیات فرد از جلسه قبل تا کنون، بررسی تکالیف خانگی و تعهدات رفتاری آشنایی با مفهوم خود به عنوان زمینه، ارائه تکالیف خانگی	جلسه ۴
بررسی تجربیات فرد از جلسه قبل تا کنون، بررسی تکالیف خانگی آشنایی با مفهوم ناهمجوشی شناختی، ارائه تکالیف خانگی	جلسه ۵
بررسی انعکاس جلسه قبل در زندگی فرد، بررسی تکالیف خانگی، آشنایی با مفهوم ارزش ها، واضح سازی ارزش ها در حوزه های مختلف زندگی، ارائه تکالیف خانگی	جلسه ۶ و ۷
بررسی تجربیات زندگی مراجع از ابتدای درمان تا کنون، مرور مباحث مطرح شده مرور تمرینات خانگی، بحث در مورد تعهدات رفتاری	جلسه ۸

یافته ها :

جدول شماره ۱- شاخص های توصیفی نمره های آزمودنی های گروه های آزمایشی و کنترل در افسردگی

گروه ها	متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه	آزمون برابری واریانس ها (لیون)	P	s-w	P
کنترل	پیش آزمون افسردگی	۱۵	۲۹/۰۰	۶/۱۴۱	۲۰	۴۰	۰/۰۸۶	۰/۷۷۱	۰/۴۴۸	۰/۵۴۰
	پس آزمون افسردگی	۱۵	۲۰/۴۰	۴/۳۷۲	۱۵	۲۸			۰/۶۵۵	۰/۸۸۰
آزمایش	پیش آزمون افسردگی	۱۵	۳۱/۴۷	۵/۴۳۶	۲۰	۳۹	۰/۰۸۶	۰/۷۷۱	۰/۷۹۸	۰/۰۹۸
	پس آزمون افسردگی	۱۵	۱۵/۵۳	۳/۱۳۷	۱۰	۱۹			۰/۵۸۸	۰/۴۳۱

براساس اطلاعات جدول شماره ۱ درخصوص توزیع نمره های آزمودنی های گروه های آزمایش و کنترل در متغیر وابسته در مراحل پیش و پس آزمون به منظور آزمون فرضیه های تحقیق می توان از آزمون های پارامتری استفاده کرد. هدف این پژوهش، مقایسه عملکرد آزمودنی های مورد مطالعه بین افراد گروه آزمایش با عملکرد افراد گروه کنترل در متغیرهای افسردگی پس از اجرای متغیر مستقل روی گروه آزمایش، هدف این مطالعه بود. از این جهت، برای آزمون فرضیه مطرح شده از مناسب ترین روش، روش تحلیل کواریانس استفاده شده است. یکی از شرایط اساسی استفاده از آزمون کواریانس آن است که شرط همگنی واریانس ها برقرار باشد، بنابراین پس از وارد کردن داده ها به کامپیوتر، با استفاده از نرم افزار SPSS آزمون یکسانی واریانس ها صورت پذیرفت. نتایج آزمون لیون برای محاسبه همگنی واریانس ها نشان می دهد که واریانس متغیر وابسته در گروه های مورد مطالعه از نظر آماری یکسان است زیرا، سطح معنی داری محاسبه شده از ۰/۰۵ بزرگتر است (جدول شماره ۱). شرط دیگر

برای اجرای تحلیل کواریانس آزمون همگنی شیب رگرسیون است ( $P=0/370$ ,  $F_{\text{افسردگی}} = 0/830$ ). می توان دید که رابطه خطی بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته ارتباط خطی وجود دارد. لذا، شرط لازم برای اجرای آزمون کواریانس برقرار است. پس از حصول اطمینان از یکسانی واریانس متغیرهای مورد مطالعه به اجرای برنامه کواریانس اقدام شد. مقایسه عملکرد آزمودنی های گروه های آزمایش و کنترل در پس آزمون افسردگی، با استفاده از طرح یک طرفه بین آزمودنی ها انجام شد. به منظور تحلیل داده ها با استفاده از آزمون کرویت موچلی، اعتبار مدل مورد بررسی قرار گرفت. همان گونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می شود مقدار محاسبه شده کرویت موچلی معنادار نیست. از این رو می توان از آزمون F استفاده کرد.

جدول شماره ۲- آماره های آزمون کرویت موچلی برای همسانی کواریانس ها

W موچلی	$\chi^2$ تقریبی	درجه آزادی	P	اپسین گرین هاوس گیزر
0/851	5/354	1	0/612	0/853

همچنین با توجه به نتایج جدول شماره ۳ ماتریس های کواریانس متغیرهای مستقل بر اساس گروه ها همسان است.

جدول شماره ۳- آماره ی باکس برای ماتریس همسانی کواریانس ها

box, 's M	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	P
1/951	0/600	3	141120/000	0/615

با توجه به برقراری پیش فرض ها می توان از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده نمود.

#### فرضیه پژوهش:

پذیرش و تعهد درمانی (ACT) به روش ارتباط اینترنتی بر کاهش میزان افسردگی بیماران مبتلا به سرطان روده موثر است.

جدول ۴-۳: نتایج آزمون های اثرهای بین آزمودنی ها (متغیر وابسته: افسردگی)

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	مجذور ای تا
پیش آزمون	6/252	1	6/252	0/4223	0/521	0/15
گروه ها	155/719	1	155/719	10/535	0/003	0/281
خطا	399/081	27	14/781			

همانطور که در جدول بالا ملاحظه می شود، احتمال پذیرش فرض صفر برای مقایسه عملکرد گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون متغیر افسردگی از 0/05 کوچکتر است ( $F=10/535$ ,  $P<0/01$ ). به عبارت دیگر پس از تعدیل نمره های پیش آزمون، عامل بین آزمودنی های دو گروه اثر معنی دار دارد. بنابراین، می توان نتیجه گرفت که بین عملکرد اعضای دو گروه در پس آزمون متغیر افسردگی تفاوت معنی دار وجود دارد. آخرین ستون این جدول، یعنی مجذور اتا ضریب تبیین را نشان می دهد.

ملاحظه می‌شود که ۲۸ درصد (۰/۲۸۱) واریانس افسردگی به وسیله متغیر مستقل یعنی درمان پذیرش و تعهد درمانی به روش ارتباط اینترنتی تبیین می‌شود. در نهایت، با توجه به شواهد جمع آوری شده در این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که به طور کلی پذیرش و تعهد درمانی به روش ارتباط اینترنتی می‌تواند افسردگی را کاهش دهد. بنابراین، شواهد کافی برای پذیرش فرضیه این پژوهش وجود دارد.

### بحث و نتیجه گیری :

در ارتباط با فرضیه نتایج پژوهش نشان داد که احتمال پذیرش فرض صفر برای مقایسه عملکرد گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون متغیر افسردگی از ۰/۰۵ کوچکتر است ( $F= ۱۰/۵۳۵, P<۰/۰۱$ ). به عبارت دیگر پس از تعدیل نمره‌های پیش آزمون، عامل بین آزمودنی‌های دو گروه اثر معنی‌دار دارد. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که بین عملکرد اعضای دو گروه در پس آزمون متغیر افسردگی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. آخرین ستون این جدول، یعنی مجذور آتا ضریب تبیین را نشان می‌دهد. ملاحظه شد که ۲۸ درصد واریانس افسردگی به وسیله متغیر مستقل یعنی درمان پذیرش و تعهد درمانی به روش ارتباط اینترنتی تبیین شده است. این یافته با پژوهش‌های زیادی همخوان است. درگاهیان و همکارانش در سال ۱۳۹۰ در پژوهشی با عنوان اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی بر بهبود نشخوار فکری و علایم افسردگی نشان دادند که پذیرش و تعهد درمانی با کاهش میزان نشخوار فکری، توجه معطوف به خود در کاهش علائم افسردگی اساسی موثر بوده است و این کاهش در مدت پی‌گیری دو ماهه نیز تغییر معناداری نیافته بود. مجتبابی و اصغری (۲۰۱۴) اثر بخشی پذیرش و تعهد درمانی را بر کاهش نشانه‌های افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه را مثبت دانستند. مجتبابی و خوش چشم (۲۰۱۴) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که پذیرش و تعهد درمانی بر کاهش افسردگی افراد مبتلا به مولتیپل اسکولوزیس موثر بوده است. گاودیانو، نولن، براون، اسپنین لوبو و میلر (۲۰۱۳) در پژوهشی ۱۴ فرد مبتلا به افسردگی اساسی را مورد پذیرش و تعهد درمانی (ACT) قرار داده و به این نتیجه رسیدند که نه تنها این درمان برای درمان افراد مبتلا به افسردگی اساسی کاربرد بسیار خوبی دارد بلکه باعث افزایش عملکرد روانی اجتماعی این افراد نیز می‌گردد. موتو (۲۰۱۲) پژوهشی به منظور اندازه‌گیری اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی (ACT) برای درمان افراد مبتلا به افسردگی مزمن یک فرد ۵۸ ساله را مورد درمان و بررسی قرار داد که در طرح درمان و پیگیری ۵ ماهه به این نتیجه رسید که این درمان می‌تواند برای درمان افسردگی مزمن قابل توصیه باشد. ذهن آگاهی یکی از مفاهیم کلیدی در مدل ACT است. از آنجا که ابتلا به سرطان مستلزم راهبردهایی است تا بیماران را قادر به حفظ قدرت سازگاری با روند درمان کند، آموزش‌های روان شناختی می‌تواند نقش موثری را در تحقق این هدف ایفا کند به خصوص در رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد که معتقد است مراجع هرگز به عنوان شکست خورده، آسیب دیده و یا دور از امید نگریسته نمی‌شود. در عوض این رویکرد همیشه نوعی از توانمندسازی است که زندگی مبتنی بر ارزش‌ها، غنا و پرمعنایی را در دسترس همه می‌داند. همچنین درد، جزئی از زندگی در نظر گرفته شده است نه یک وجود خارجی برای خلاص شدن از آن و پیشرفت به واسطه یک سطح مطلق از موفقیت تعریف نشده، بلکه انتخاب فزاینده، دربرگیرنده‌ی زمان حال و گام رو به جلو در جهت یک زندگی ارزشمند در این رویکرد مورد تاکید است (هیز و همکاران، ۲۰۱۲). برای پژوهش‌های آتی توصیه می‌شود که درمان فراشناختی را در جمعیت‌های مختلف، اختلال‌های مختلف با حجم نمونه‌های بالاتری آزموده شود تا تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد. به علاوه پیگیری بهبودی ناشی از درمان در فواصل زمانی مختلف درباره فواید درمان اطلاعات بیشتری را فراهم می‌کند.

### منابع فارسی

آگیلار وفایی، مریم (۱۳۸۵). ویژگی‌های روان سنجی پرسشنامه پاسخ‌های مقابله‌جویان در بررسی افراد تحت درمان سرطان. فصلنامه حوزه و دانشگاه سال دهم، شماره ویژه سلامت روان ۵۶-۳۱  
 سارافینو، ادوارد پی، (۱۳۸۴). روان‌شناسی سلامت. الهه میرزایی و همکاران، تهران، انتشارات رشد.



آقائی، الهام ؛ جمالی، سمیه ؛ عابدی، احمد ؛ مرتضوی، مهناز. (۱۳۹۱). فراتحلیل مقایسه اثربخشی درمان های دارویی و مداخلات روان شناختی بر میزان نشانه های افسردگی، مجله روان شناسی (فرهنگ مشاوره و روان درمانی)، شماره ۱۰، ص: ۱ تا ۳۲.

درگاهیان، ریحانه ؛ محمدخانی، شهرام ؛ حسنی، جعفر ؛ شمس، جمال. (۱۳۹۰). اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی (ACT) بر بهبود نشخوار فکری و علایم افسردگی (مطالعه تک آزمونی)، مجله روان شناسی (مطالعات روانشناسی بالینی)، شماره ۳، ص: ۸۱ تا ۱۰۴.

موتابی، فرشته ؛ فتی، لادن ؛ مولودی، رضا ؛ ضیایی، کاوه ؛ جعفری، هلیا. (۱۳۹۰). تدوین و بررسی روایی و پایایی مقیاس باورهای مربوط به افسردگی، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، شماره ۳، ص ۲۰۸-۲۱۷

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Strosahl, K., & Follete, V. M. (1999). Experiential to avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and  
Hayes, S. C., & Barnes, D. (1997). Analyzing derived stimulus relations requires more than the concept of stimulus class. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 68, 235–270.

Muto, T. (2012). A treatment-evaluation of Acceptance and Commitment Therapy for an adult with chronic depression: Toward bridging between traditional case reports and randomized controlled trails. *Japanese Journal of Psychosomatic Medicine*, 52(9), 810-818.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Gaudio, B. A., Nowlan, K., Brown, L. A., Epstein-Lubow, G., & Miller, I. W. (2013). An open trial of an acceptance-based behavioral psychotherapy for major depression with psychotic features. *Behavior Modification*, 37, 324-355.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment Therapy*. New York: Guilford.

Hayes, S.C, Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change (2nd edition)*. New York, NY: The Guilford Press.

Hayes, S.C., & Lillis, J. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy*. American Psychological Association (Theories of Psychotherapy Series).

Muto, T. (2012). A treatment-evaluation of Acceptance and Commitment Therapy for an adult with chronic depression: Toward bridging between traditional case reports and randomized controlled trails. *Japanese Journal of Psychosomatic Medicine*, 52(9), 810-818.