



اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانه‌های افسردگی و اضطراب فرزندان دارای

والدین معتاد

آرزو دولتمند

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر، تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانه‌های افسردگی و اضطراب دانش‌آموزان بود. پژوهش حاضر، آزمایشی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش، شامل تمامی دانش‌آموزان دختر سال اول دوره دوم متوسطه شهر تهران بود که در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۹ مشغول به تحصیل بودند. از این جامعه، به روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۰ دانش‌آموز که حداقل یکی از والدین آن‌ها معتاد بوده انتخاب شدند و پیش‌آزمون از آن‌ها به عمل آمد. از این نمونه، ۲۰ دانش‌آموز در گروه آزمایش و ۲۰ دانش‌آموز در گروه گواه به صورت تصادفی گمارده شدند. سپس جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روی گروه آزمایش اعمال شد. سپس، از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۹۶) و پرسشنامه اضطراب بک (۱۹۹۶) بود. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج بهبود معنی‌داری در نمرات افسردگی و اضطراب آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه نشان داد؛ بنابراین، می‌توان از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بهبود افسردگی و اضطراب دانش‌آموزان استفاده نمود.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افسردگی و اضطراب.



مقدمه

خانواده، تعیین کننده سلامتی و بیماری اعضای خود است و والدین، در شکل گیری شخصیت فرزندان، رشد افکار فرزندان یا انحراف فرزندان نقش به سزایی دارند. بنابراین، در صورتی که والدین در دام مواد مخدر گرفتار باشند، فرزندان آنها نیز از هر لحاظ آسیب پذیر می شوند و مشکلاتی مانند کسالت، افسردگی، ناامیدی، یأس و سرخوردگی و استعداد ابتلا به بزهکاری در آنها بروز می کند. از همین رو، کودکان و نوجوانانی که والدین معتاد دارند، از آسیب پذیرترین گروهها به حساب می آیند (آهنی، ۱۳۸۸).

کودکان و نوجوانان به عنوان یکی از گروههای حساس در معرض انواع اختلالات روانی قرار دارند. شیوع این اختلالات در نوجوانان بسته به جمعیت مورد هدف، ملاکهای تشخیصی و گروههای سنی مختلف بین ۱۰ تا ۲۰ درصد متغیر است. یکی از عوامل بسیار مهم برای ایجاد اختلالات روانی در نوجوانان عوامل خانوادگی است (بختیاری، حاتمی و توکلی فرد، ۱۳۹۴). در دوران نوجوانی اختلال افسردگی و اضطراب شیوع بیشتری دارد. شیوع اختلال افسردگی شدید حدود دو درصد در کودکان و چهار تا هشت درصد در بالغین است. افسردگی شامل نشانههای بارزی مانند خلق پایین، کناره گیری اجتماعی، آشفتگی در خوابیدن و غذا خوردن و دیدگاه بدبینانه به آینده و خودکشی یا اقدام به آن تعریف کرد. بک (۱۹۷۶) بیان می کند که افسردگی را می توان به عنوان اختلالی تعریف کرد که شامل تغییرات عمده در پنج حیطه رفتاری است: عواطف منفی، شناخت های منفی، انگیزش منفی، تغییرات رفتاری و تغییرات نباتی (ماسن و کاگان، ۲۰۱۱). در تاریخچه افراد مبتلا به افسردگی رگه هایی از سبک والدینی مشخصاً به مراقبت های کم و یا حمایت بیش از حد، روابط دلبستگی ضعیف و مورد سو استفاده واقع شدن در کودکی دیده می شود (رانیرز، ویتا، کلوم و همکاران، ۲۰۰۶).

از طرفی اختلالات اضطرابی از رایج ترین اختلالات روانی بین کودکان و نوجوانان به شمار می آیند که به واسطه مکانیسم های زیربنایی مشترک همبندی بالایی با دیگر اختلالات روانی دارند و معمولاً با مشکلات فراگیر در طول زندگی همراه هستند. (بسدو، کانماپه و پینه، ۲۰۰۹؛ راپی، شرنینگ و هادسون، ۲۰۰۹). طبق برآوردها اختلالات اضطرابی ۹ درصد از کودکان پیش دبستانی را تحت تأثیر قرار داده است (ویشتورم، برگ-ویلسن، آنگولد، ایجر، سولهیم و سون، ۲۰۱۱). ماهیت تحولی این نشانگان سبب شده است نرخ این اختلالات با گذشت زمان افزایش یابد، به گونه ای که در یک سال گذشته ۲۵ درصد از نوجوانان از اختلال اضطرابی و ۱۰ درصد از اختلال خلقی شکایت داشته اند. درمان نکردن نشانگان اضطراب و افسردگی با اختلال عملکرد در خانواده، غیبت در مدرسه، مشکل در عملکرد تحصیلی و روابط اجتماعی در جوانی همراه خواهد بود (دوگرتی، تولب، بافرد، الینو و همکاران، ۲۰۱۳). مداخلات روان شناختی احتمالاً بهزیستی روان شناختی نوجوانان را از طریق مداخلات خلقی نظیر اضطراب و افسردگی بهبود می بخشد (مور، گودکین، ایسلار، هاسر و جنان، ۲۰۰۱). از جمله روان درمانی های به کار گرفته شده عبارتند از درمان شناختی و رفتاری (اورکی و سامی، ۱۳۹۵)، روان درمانی گروهی (هارت، فوناروا، مرلوزی و مور، ۲۰۰۵؛ دنیسون و موس موریس، ۲۰۱۰؛ هیند و کوتر، ۲۰۱۴)، درمان بین فردی (استراتن، جراتز، لی اوو، اندرسون و کوپرز، ۲۰۱۰)، درمان گروهی پذیرش و تعهد (نوردین و روزمن، ۲۰۱۲). درمان پذیرش و تعهد (ACT)، برخاسته از موج سوم رفتاردرمانی است. موج سوم رفتاردرمانی در اوایل دهه



۱۹۹۰ با درمان‌های ابتکاری شروع شد. که از اصول ذهن آگاهی استفاده و روی آگاهی نسبی به لحظه حال و پذیرش تأکید کردند (کارداسیاتو، ۲۰۰۵). در کل به درمان‌های موج سوم، رفتاردرمانی‌های مبتنی بر پذیرش یا رفتاردرمانی‌های مبتنی بر ذهن آگاهی گفته می‌شود که طیف گسترده‌ای از رویکردهای درمانی را شامل می‌شود که عبارت‌اند از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان پذیرش و تعهد، رفتاردرمانی دیالکتیک، فعال‌سازی رفتاری، زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی، روان‌درمانی تحلیل تابعی و سیستم تحلیل شناختی رفتاری. درمان پذیرش و تعهد و پژوهش‌های مربوط به آن مربوط به فلسفه زمینه‌گرایی عملکردی‌اند (هیز، استروسال و ویلسون، ۲۰۰۳). در همه اشکال زمینه‌گرایی، کل رویداد حائز اهمیت است. مقصود از کل رویداد، عمل پیش‌رونده در زمینه است (هیز، لوما، باند، ماسودا و همکاران، ۲۰۰۶). Act نیز به تبعیت از زمینه‌گرایی به نقش زمینه حساس است. Act اساساً درمانی زمینه‌گراست که به جای تغییر شکل یا محتوای رفتار بالینی، زمینه اجتماعی یا کلامی آن را تغییر می‌دهد. در حقیقت Act تمرکز بیشتری بر افزایش کیفیت زندگی دارد تا این که روی کاهش نشانه متمرکز شود (لوین، پلام، ویلات و پیستورلو، ۲۰۱۳).

در پژوهشی توهی، کراسبی و اینو (۲۰۱۱) به بررسی درمان پذیرش و تعهد بر اختلالات اضطرابی، سه آزمودنی به ترتیب مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی همراه با فوبی مکان‌های باز، فوبی اجتماعی همراه با اضطراب فراگیر و اختلال استرس پس از سانحه، پس از دریافت ۹ تا ۱۳ جلسه ACT بهبود یافتند. همچنین رجبی یزدخواستی (۱۳۹۲)، به بررسی اثربخشی ACT بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به ام‌اس پرداختند، نتایج آن‌ها نشان داد که ACT بر کاهش اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به ام‌اس مؤثر است. نوردین و روزمن (۲۰۱۲)، پژوهشی را بر روی مبتلایان به ام‌اسی که اضطراب و افسردگی داشتند انجام شد، که نتایج حاکی از اثربخشی ACT بر کاهش استرس روان‌شناختی بیماران بود.

برخی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش میزان افسردگی بیماران دیابت نوع ۲ مؤثر است. نمرات پس‌آزمون میزان افسردگی تأثیر روش درمان پذیرش و تعهد را بر کاهش میزان افسردگی بیماران دیابتی تأیید می‌کند (لاوگین و همکاران، ۱۹۹۶). در پژوهشی زتل و هایس تأثیر درمان CT فرم اولیه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در کاهش افکار خودآیند منفی افسردگی آور مقایسه کرده و نتیجه گرفتند تفاوت معنی‌داری بین این دو درمان در کاهش افکار خودآیند منفی افسردگی آور وجود ندارد. (هاپکینز، لاوگین، گووز، لبگیلین و همکاران، ۱۹۹۶). در تحقیق توهیگ و همکاران روی اختلال وسواس جبری مشخص شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش نشانه‌های این اختلال از جمله استرس، افسردگی و اضطراب شده است.

عواملی چون سخت و طاقت‌فرسا بودن زندگی فرزندان دارای والدین معتاد، نگرانی‌های بسیار در جوامع، میزان بالای مشکلات روان‌شناختی و نیز پایین بودن کیفیت زندگی و سلامت روان در این خانواده‌ها حاکی از اهمیت مطالعه در زمینه‌ی افسردگی و اضطراب فرزندان این خانواده‌ها است. با توجه به آن چه گفته شد و با توجه به نقش و اهمیت سلامت روان در



زندگی و تاثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افسردگی و اضطراب این فرزندان از سوی دیگر، پژوهش حاضر در پی بررسی این است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب فرزندان دارای والدین معتاد تاثیر دارد؟

روش تحقیق

در این پژوهش از روش آزمایشی با استفاده از طرح پیش آزمون و پس آزمون با استفاده از گروه گواه استفاده شد. جامعه‌ی پژوهش عبارت است از تمامی دانش آموزان سال اول دوره دوم متوسطه که حداقل یکی از والدینشان معتاد بوده است. از این دانش آموزان به ۱۵۰ نفر از آنان به روش هدفمند پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک و اضطراب بک داده شد و از آنان خواسته شد تا آن را پر کنند. از بین این آزمودنی‌ها تعداد ۴۰ نفر که نمره‌ی ۲۹ تا ۶۳ داشتند که نشان‌دهنده‌ی افسردگی شدید و یا اضطراب شدید در آنان است انتخاب شدند. پژوهشگر این افراد را در جریان پژوهش قرار داده و موافقت ایشان گرفته شد و اعتماد ایشان مبنی بر محرمانه بودن اطلاعات و اسامی ایشان جلب گردید و فرم رضایت را پر کردند. این ۴۰ نفر، به طور تصادفی به دو گروه آزمایشی و گواه انتساب شدند و گروه آزمایشی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بهره‌مند شدند. از شروط این دوره برای افراد تحت درمان عدم استفاده از دارو می‌باشد. در پایان دوره از هر دو گروه آزمایش و گواه پس آزمون به عمل آمد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در هشت جلسه‌ی هفتگی ۱ تا ۱/۵ ساعتگی و بر اساس پروتکل‌های درمانی روی گروه آزمایش انجام شد. داده‌های پژوهش، با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در توصیف داده‌ها از شاخص‌های آماری میانگین و انحراف معیار (در مراحل پیش آزمون و پس آزمون) استفاده شد. به منظور مقایسه‌ی تفاضل میانگین (پس آزمون-پیش آزمون) نمرات دو گروه آزمایش و گواه از تحلیل کواریانس استفاده شد.

پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک (BDI-II). این ابزار یک پرسش‌نامه‌ی ۲۱ سؤالی خود گزارش‌دهی است که برای ارزیابی نشانگان افسردگی طراحی شده است (بک، استیر و براون، ۱۹۹۶؛ به نقل از قاسم‌زاده، کرم قدیری، شریفی، نوروزیان، مجتبابی و ابراهیم‌خانی، ۱۳۸۴). این مقیاس در طیف ۴ درجه‌ای لیکرت از ۰ تا ۳ درجه‌بندی می‌شود. نمره‌ی کلی از ۰ تا ۶۳ است و طراحان آن، نمره‌ی ۱۰ و بالاتر را افسردگی خفیف، نمره‌ی ۲۰ تا ۲۸ را افسردگی متوسط و نمره‌ی ۲۹ تا ۶۳ را افسردگی شدید در نظر می‌گیرند. در پژوهش قاسم‌زاده و همکاران (۱۳۸۴)، آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۷ در آزمون و در بازآزمون پایایی آن ۰/۷۳ به دست آمد. در پژوهش حاضر، پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد که نشان‌دهنده‌ی اعتبار درونی قابل قبول این مقیاس می‌باشد. هم‌چنین، روایی این مقیاس با استفاده از روایی سازه محاسبه گردید که مقدار آن ۰/۷۱ به دست آمد که قابل قبول است. روایی سازه عبارت است از هم‌پسته نمودن یک سؤال از مقیاس که می‌تواند معرف کل سؤالات مقیاس باشد با نمره‌ی کل آزمون.

پرسشنامه سنجهش اضطراب بک (BAI): پرسشنامه سنجهش اضطراب بک یا BAI برای سنجهش میزان اضطراب طراحی شده است و شامل ۲۱ عبارت است که در برابر هر عبارت، چهار گزینه جهت پاسخ وجود دارد. دامنه نمرات اضطراب از

۱. Beck Depression Inventory (BDI-II)

۲. Beck, Estir & Brown



صفر تا ۶۳ خواهد بود. در صورتی که نمره به دست آمده بین صفر تا ۷ باشد فرد مورد بررسی هیچ اضطرابی ندارد، اگر بین ۸-۱۵ باشد، اضطراب خفیف، اگر بین ۱۶-۲۵ باشد متوسط و اگر بین ۲۶-۶۳ نشان دهنده اضطراب شدید است. مطالعات نشان داده است که این پرسشنامه از پایایی بالایی برخوردار است، ضریب همسانی درونی آن ۰/۹۲، پایایی آن به روش باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی سؤالات آن از ۰/۳ تا ۰/۷۶ متغیر است. (کاوایی و موسوی، ۲۰۰۸، لبخ و کتزی، ۲۰۰۵). در پژوهش حاضر، پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد که نشان دهنده اعتبار درونی قابل قبول این مقیاس می باشد. هم چنین، روایی این مقیاس با استفاده از روایی سازه محاسبه گردید که مقدار آن ۰/۷۳ به دست آمد که قابل قبول است.

یافته ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی ها در متغیرهای افسردگی و اضطراب در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و گواه جهت ملاحظه در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره های شرکت کنندگان در متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه

پس آزمون		گروه	مرحله
انحراف استاندارد	میانگین		متغیر
۸/۵۷	۲۳/۳۵	آزمایش	افسردگی
۶/۶۰	۳۵/۵۰	گواه	
۸/۲۶	۲۸/۵۵	آزمایش	اضطراب
۷/۰۲	۳۵/۹۵	گواه	

در این پژوهش، جهت بررسی اثر مداخله آزمایشی، تحلیل کوواریانس چندمتغیری روی نمره های پس آزمون گروه ها، با کنترل پیش آزمون های متغیرهای وابسته پژوهش انجام گرفت؛ بنابراین، در ابتدا پیش فرض های آماری آن مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی خطی بودن از خط رگرسیون برای تمام نمرات استفاده شد که خط رگرسیون میان متغیرهای کمکی و متغیرهای وابسته در همه نمرات خطی و مثبت است؛ بنابراین، مفروضه خطی بودن رابطه بین پیش آزمون و پس آزمون تمام متغیرها با استفاده از نمودار پراکنش تأیید می گردد. جهت بررسی مفروضه هم خطی چندگانه، از همبستگی پیرسون



استفاده شد که با توجه به همبستگی‌های به‌دست‌آمده، مفروضه هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای کمکی (کووریت‌ها)، رعایت شده است. پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین بررسی شد و فرض همگنی واریانس‌ها در متغیرها تأیید می‌شود. برای بررسی پیش‌فرض همگنی رگرسیون از خط رگرسیون استفاده شد و برای تمامی متغیرها خطوط رگرسیون میان متغیر کمکی (پیش‌آزمون‌ها) و متغیر وابسته (پس‌آزمون‌ها) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گواه) تقریباً برابری حاکم است؛ بنابراین، مفروضه همگنی رگرسیون در پیش‌آزمون و پس‌آزمون خرده‌مقیاس‌ها در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گواه) تأیید می‌شود.

جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری را روی نمره‌های پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون‌های متغیرهای وابسته پژوهش نشان می‌دهد.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته پژوهش گروه‌های آزمایش و گواه

اثر	آزمون	ارزش	نسبت F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری (p)
	اثر پیلاپی	۰/۶۲	۲۹/۶۱	۲	۳۵	۰/۰۰۱
گروه	لمبدای ویلکز	۰/۳۷	۲۹/۶۱	۲	۳۵	۰/۰۰۱
۱	اثر هتلینگ	۱/۶۹	۲۹/۶۱	۲	۳۵	۰/۰۰۱
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۶۹	۲۹/۶۱	۲	۳۵	۰/۰۰۱

با توجه به نتایج ارائه‌شده در جدول ۲، بین گروه‌های آزمایشی و گواه از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای بررسی دقیق‌تر این اثر، تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن تحلیل کوواریانس روی متغیرهای وابسته انجام شد. جدول ۳، نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن تحلیل کوواریانس را برای مقایسه نمره‌های پس‌آزمون، با کنترل پیش‌آزمون‌های همه متغیرهای وابسته، در گروه‌های آزمایش و گواه را نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا روی نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه



سطح معنی داری	F	میانگین مجدورات	df	مجموع مجدورات	متغیر وابسته
۰/۰۰۵	۸/۸۴۶	۲۹۹/۹۲۵	۱	۲۹۹/۹۲۵	افسردگی
۰/۰۰۱	۴۵/۸۳۲	۱۶/۵۷۷	۱	۱۶/۵۷۷	اضطراب

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهند که تحلیل کوواریانس‌های یک‌راهه در افسردگی ($F=۸/۸۴$ و $P<۰/۰۰۱$) و اضطراب ($F=۴۵/۸۳$ و $p<۰/۰۰۱$) معنی‌دار می‌باشند.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و اضطراب دخترانی که والدین معنادار داشته‌اند را نشان می‌دهد. یافته‌های پژوهش یک کاهش معنی‌دار را در نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه گواه را نشان می‌دهد لذا حاکی از اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و اضطراب دخترانی که والدین معنادار داشته‌اند می‌باشد. نتایج به دست آمده در راستای پژوهش رجبی و یزدخواستی، مبنی بر اثربخشی ACT بر افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به ام‌اس (۱۳۹۲)، پژوهش فروس، موید اثربخشی ACT بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و در نتیجه ارتقا کیفیت زندگی، خلق و کاهش استرس بیماران سرطانی (فروس، لن و بلک لچ، ۲۰۱۱) پژوهش ایزدی، عسگری، نشاط دوست و عابدی (۲۰۱۲) و پژوهش ایزدی و عابدی (۲۰۱۳)، مبنی بر اثربخشی ACT بر افکار، احساسات و رفتارهای مشکل‌ساز در اختلال وسواس فکری عملی و میزان اضطراب و افسردگی، پژوهش توهی، کراسبی و اینو، موید اثربخشی ACT بر بهبود انواع اختلال اضطرابی (اختلال پنیک با آگورافوبیا، اضطراب اجتماعی، اضطراب فراگیر و استرس پس از سانحه و پژوهش پیر خائفی و نیدا (۲۰۱۳)، مبنی بر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش شدت علائم وسواس و افسردگی در مبتلایان به وسواس فکری-عملی مزمن قرار دارد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک درمان رفتاری است که از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی جهت افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند (هربرت و فورمن، ۲۰۱۱). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بر اساس شش فرآیند اصلی در ACT ایجاد می‌شود. این شش فرآیند اصلی در ACT عبارت‌اند از: پذیرش، گسلش شناختی، خود به عنوان زمینه، رابطه با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه (هیز، ۲۰۰۶). از تکنیک‌های درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهزیستی روان‌شناختی در مراجعین به صورت موفقیت‌آمیزی استفاده شده است. در تبیین چگونگی تأثیر شیوه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان گفت که با توجه به پروتکل‌های به کارگرفته شده در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد متوجه



می‌شویم که علت اصلی این تغییرات، تغییر نگرش مراجعان در جلسه نخست نسبت به علت ایجاد افکار غیرمنطقی و سیکل منفی و معیوب این افکار و هدف درمان، شروع تمرینات مبتنی بر آگاهی و ایجاد درماندگی خلاق نسبت به راه‌حل‌های گذشته، از همان جلسات نخست و نیز استقبال آزمودنی‌های پژوهش از این نگرش جدید بوده است. درمان ACT از طریق ایجاد و توسعه پذیرش روانی و افزایش عمل به ارزش‌ها در مراجعان، تغییرات درمانی را ایجاد می‌کند. از امتیازات خاص این نوع روان‌درمانی می‌توان به ایجاد فرصت یادگیری مهارت‌های جدید و خاص مانند کاهش اجتناب تجربی و افزایش پذیرش روانی و تماس با زمان حال می‌بخشد و همین ویژگی‌ها باعث می‌شود که فرد نه تنها از اجتناب دست بردارد، بلکه به شکل انعطاف‌پذیری با آن مواجه گردد. جداسازی شناختی از تجارب ذهنی به نحوی که فرد بتواند مستقل‌تر و آگاهانه‌تر در دنیایی واقعی عمل کند و نیز رهایی از تمرکز مفرط بر داستان شخصی خودساخته به فرد کمک می‌کند تا از سناریوهایی اضطراب‌آور اجتناب کند.

عدم امکان کنترل عوامل و متغیرهای مداخله‌گر خارج از جلسه‌های درمان از محدودیت‌های این پژوهش است. هم‌چنین، در تعمیم نتایج این پژوهش به دانش‌آموزان شهرها و فرهنگ‌های دیگر باید جانب احتیاط را رعایت نمود. با توجه به این که پژوهش حاضر، به بررسی تعداد محدودی از دانش‌آموزان پرداخته است، انجام پژوهش با نمونه‌های گسترده‌تر به نتایج تعمیم‌پذیرتر می‌انجامد.

منابع

- اورکی، م و سامی، پ. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه بر میزان بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. روانشناسی سلامت، ۴(۲۰)، ۵-۱۸.
- آهنی، رضا (۱۳۸۸). بررسی اختلالات رفتاری در کودکان افراد مصرف‌کننده مواد. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روان‌شناسی؛ دانشگاه خوارزمی.
- بختیاری، م؛ حاتمی؛ ح و توکلی فرد، م (۱۳۹۴). بررسی وضعیت افسردگی در نوجوانان دارای والد سو مصرف‌کننده مواد و نوجوانان دارای والد سالم. فصلنامه سازمان نظام پزشکی خرم آباد، ۱(۲)، ۳۲-۴۶.
- رجبی، س و یزدخواستی، ف. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به ام.اس، روانشناسی بالینی، ۱(۲۱)، ۲۹-۳۸.
- کاویانی، ح و موسوی، ا. (۱۳۸۷). ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایران. دانشکده پزشکی، ۲(۶۶)، ۱۳۶-۱۴۰.

Beesdo, K. Knappe, S. Pine, D. S. (۲۰۰۹). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: Developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*. 32(3), ۴۸۳-۵۲۴.

Cardaciotto, L.A. (۲۰۰۵). *Assessing Mindfulness: The Development of a Bi-Dimensional Measure of Awareness and Acceptance*. Philadelphia, PA: Drexel University

Dennison, L., Moss-Morris, R. (۲۰۱۰). Cognitive-behavioral therapy: what benefits can



- it offer people with multiple sclerosis?. *Expert Rev Neurother*, 10(9), 1383-90.
- Dougherty, L. R., Tolep, M. R., Bufferd, S. J., Olino, T. M., Dyson, M., Traditi, J. et al. (2013). Preschool anxiety disorders: Comprehensive assessment of clinical, demographic, temperamental, familial, and life stress correlates. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 42(5), 577-89.
- Feros, D. L., Lane, L., Ciarrochi, J., Blackledge, J. T. (2011). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psycho Oncology*.
- Hart, S., Fonareva, I., Merluzzi, N., Mohr, D. C. (2008). Treatment for depression and it's relationship to improvement in quality of life and psychological well-being in multiple sclerosis patients. *Quality of life research*. 14, 790-793.
- Hayes, S. C. (2006). The Six Core Processes of ACT. Association for Contextual Behavior Science; Versus Cognitive Restructuring in the Treatment of Negative Self Referential Thoughts: An Investigation of Process and Outcome. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 25(3).
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., Lilis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1-28.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. (2003). Acceptance and commitment therapy. New York: The Guilford Press.
- Herbert, J. D., Forman, E. M. (2011). Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy. Hopken, NJ: Wiley.
- Hind, D., Cotter, J., Thake, A., Bradburn, M., Cooper, C., Isaac, C., House, A. (2014). Cognitive behavioral therapy for the treatment of depression in people with multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*; 14,5.
- Hopkins, J., Lavigne J. V., Gouze, K. R., LeBailly, S. A., Bryant FB. Multi-domain models of risk factors for depression and anxiety symptoms in preschoolers: Evidence for common and specific factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 41(5), 705-722.
- Hopkins, J., Lavigne, J. V., Gouze, K. R., LeBailly, S. A., Bryant, F. B. (2013). Multi-domain models of risk factors for depression and anxiety symptoms in preschoolers: Evidence for common and specific factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 41(5), 705-722.
- Katz, S. J., Conway, C. C., Hammen, C. L., Brennan, P. A., Najman, J. M. (2011). Childhood social withdrawal, interpersonal impairment, and young adult depression: A mediational model. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 39(8), 1227-38
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and life time morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 21(3), 169-84.
- Lavigne, J. V., Gibbons, R. D., Christoffel, K. K., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H. et al. Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children.



- Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 35(2), ۲۰۴-۱۴.
- Mohr, D. C., Goodkin, D. E., Islar, J., Hauser, S. L., Genain, C. P. (۲۰۰۱). Treatment of depression is associated with suppression of non-specific and antigen-specific TH¹ responses in multiple sclerosis. *Archives of Neurology*; 58, ۱۰۸۱-۶.
- Mussen, C. Kagan, D. (۱۹۷۴). Development and personality. New York: Harper & Row.
- Nordin, L., Rorsman, I. (۲۰۱۲). Cognitive behavioral therapy in multiple sclerosis: a randomized controlled pilot study of acceptance and commitment therapy. *J Rehabil Med*; ۴۴: ۸۷-۹۰.
- Rapee, R. M., Schniering, C. A., Hudson, J. L. (۲۰۰۹). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology (1)*, ۳۱۱-۴۱.
- Reinares, M. Vieta, E. Colom, F. et al. (۲۰۰۶). What really matters to bipolar patients caregivers: sources of family burden. *Affect Disorder*, 94, ۱۰۷-۱۶۳.
- Straten, A. V., Geraedts, A., Leeuw, I. V., Andersson, G., Cuijpers, P. (۲۰۱۰). Psychological treatment of depressive symptoms in patients with medical disorders: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 69(1) ۲۳-۳۲.
- Twohi, M. P., Crosby, J. M., Enno, A. (۲۰۱۱). Treatment of Three Anxiety Disorder Cases With Acceptance and Commitment Therapy in a Private Practice. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, ۲۰(۳).
- Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T. S., Angold, A., Egger, H. L, Solheim, E., Sveen, T. H. (۲۰۱۱). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 53(6), ۶۹۰-۷۰۰.