

تاریخ دریافت مقاله: ۹۴/۱۱/۳۰

تاریخ بررسی مقاله: ۹۵/۰۱/۲۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۵/۰۳/۱۶

DOI: 10.22055/jacp.2017.17310.1008

مجله دست‌آوردهای روان‌شناسی بالینی
دانشگاه شهید چمران اهواز، تابستان ۱۳۹۵
دوره‌ی دوم، سال ۲، شماره ۲
ص: ۶۶-۴۹

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و سازگاری دختران نابینا

سجاد تاجور رستمی^{۱*}، فاطمه رحیمی خوراسگانی^۲ و ملیحه السادات کاظمی^۳

چکیده

هدف از اجرای این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و سازگاری دختران نابینای شهر شهرکرد بود. روش تحقیق از نوع نیمه آزمایشی (پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل) بود. جامعه‌ی آماری، کلیه‌ی دختران نابینای شهرکرد که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر از آن‌ها به‌طور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش گمارده شدند. پیش‌آزمون بر روی آزمودنی‌ها اجرا گردید و بعد از اتمام جلسات آموزشی، پس‌آزمون مجدد از دو گروه گرفته شد. ابزار پژوهش پرسشنامه‌ی سازگاری بل و مقیاس افسردگی بک می‌باشد. داده‌ها با استفاده نرم‌افزار SPSS-20 و با تحلیل کوواریانس در سطح معنی‌داری $P < 0/05$ تحلیل شد. نتایج نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش افسردگی و افزایش سازگاری دختران نابینا می‌گردد. این روش می‌تواند روشی مناسب برای کاهش افسردگی و افزایش سازگاری در دختران نابینا باشد.

کلید واژگان: آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد، افسردگی، سازگاری، دختران نابینا

۱. دانشجوی کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

Sj.Tajvar@gmail.com

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد، اصفهان، ایران

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد، اصفهان، ایران

مقدمه

نابینایی معلولیتی است که احتمالاً فرد را تحت فشار عصبی قرار داده و احساس عدم امنیت و ناکامی را در او پرورش می‌دهد (کرو کشنک^۱، ۱۹۷۱). نابینایی یک وضعیت جدی است که می‌تواند تعادل روانی و سازمان یافتگی کلی شخصیت فرد نابینا را تحت تأثیر قرار دهد، اما نابینایی به خودی خود سازمان یافتگی و شخصیت فرد نابینا را از بین نمی‌برد، بلکه نگرش فرد نابیناست که در سازمان یافتگی شخصیت او تأثیر می‌گذارد. بعضی افراد نابینا تحت تأثیر نگرش منفی به نابینایی، مستعد و مبتلا به افسردگی و سایر مشکلات عاطفی می‌شود (ریبرو^۲ و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین افراد نابینا از مشکلات هیجانی عمده‌ای همچون افسردگی، غم، ترس، ناامیدی، انزوای اجتماعی و احساس عدم کفایت رنج می‌برند (اوسلی^۳ و همکاران، ۲۰۰۶). این ناکامی‌ها به خاطر نابینا بودن گاهی از اوقات، احساس گرفتگی یا ناراحتی ایجاد می‌کنند اما این احساسات معمولاً گذرا هستند و در خلال چند روز فراموش می‌شوند. ولی در زمانی که شخص آشفتگی و بی‌نظمی افسرده‌کننده‌ای دارد این افسردگی در زندگی و فعالیت‌های معمولی وی تأثیر می‌گذارد (آلت‌شولر و هندریج^۴، ۱۹۹۸؛ حر، عابدی و عطاری، ۱۳۹۱). هر انسانی در مقاطع متفاوتی از سن خود ممکن است افسردگی را تجربه کند. این بیماری می‌تواند سلامت جسمانی، احساسات، رفتار و سلامت روحی انسان‌ها را تحت الشعاع قرار دهد (امانی، سهرابی، صادقیه و مشعوفی، ۱۳۸۲). مطالعه نریمانی، طالبی جویباری و ابوالقاسمی (۱۳۹۲) حاکی از آن است که بین دانش‌آموزان بینا و نابینا در ابعاد مختلف اسنادی (درونی- بیرونی، ناپایدار و پایدار و کلی و جزئی) که منجر به افسردگی می‌شود، تفاوت معنادار وجود دارد.

افسردگی یک اختلال روانی است که با علائم و نشانه‌هایی همچون خلق افسرده، از دست دادن علاقه به فعالیت‌های لذت‌بخش، اشکال در توجه و تمرکز، کندگی روانی- حرکتی، کم‌خوابی یا بی‌خوابی، ناتوانی در تصمیم‌گیری، احساس گناه و افکار مربوط به مرگ و

-
1. Cruickshank
 2. Ribeiro
 3. Owsley
 4. Altshuler & Hendrich

خودکشی مشخص می‌شود (رضاعی، ۱۳۸۹). امروزه درمان‌های مختلفی برای بهبود افسردگی بکار می‌رود و در این بین یکی از حیطه‌هایی که برای کاهش افسردگی مورد نظر است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد. برای مثال در پژوهشی بارانس تیتیر، ویلسون، هیلدبراندت و ماتچ^۱ (۲۰۰۴) با استفاده از دو روش درمان شناختی- رفتاری سستی و درمان پذیرش و تعهد بر روی بیماران سرطانی به این نتیجه دست یافتند که درمان پذیرش و تعهد به‌طور معناداری در کاهش افسردگی نسبت به روش شناختی- رفتاری مؤثر است.

معلولیت بحرانی است که هر فرد ممکن است در مسیر زندگی خود با آن روبرو شود و بر اثر آن در موقعیتی متفاوت از گذشته یا متمایز از دیگران قرار گیرد. ناتوانی سازگاری فرد را نیز متأثر می‌کند (شیهان، ۱۹۸۸؛ ترجمه میرهاشمی و گنجی، ۱۳۸۳). سازگاری به گروهی از راهکارهای شناختی و رفتاری فرد اشاره دارد که برای مقابله با موقعیت‌های استرس را از آن‌ها استفاده می‌شود (کامپبل سیلز، کوهان و استین^۲، ۲۰۰۵).

سازگاری توانایی و ابزار کنارآمدن با شرایط متغیر محیطی درونی می‌باشد و یکی از فرایندهای روانشناختی اطلاق می‌شود که در آن فرد با خواسته‌ها (تمایلات) و چالش‌های روزمره، مقابله می‌کند یا آن‌ها را در کنترل خود در می‌آورد (لی، روو و هوانگ^۳، ۲۰۱۲). فردی که از سازگاری برخوردار است در پاسخ به محرک‌هایی که بر او وارد می‌شود، بهترین تعامل را نشان می‌دهد، در نتیجه می‌تواند به میزان کافی فعالیت کند، از اضطراب و تعارض دوری جوید، با مشکلات مواجه شود، درباره آن‌ها بیاندیشد، تصمیم بگیرد، عمل کند و از زندگی خود لذت ببرد. همچنین بر عواطف و احساسات خود کنترل داشته، از تصویر ذهنی و اعتماد به نفس خوبی برخوردار باشد (دی-ریدر، جینین، کوپیر و ون میداندورپ^۴، ۲۰۰۸). نظریه‌های سازگاری عموماً بر تأثیر مثبت سازگاری مبتنی بر وظیفه و تأثیر منفی سازگاری مبتنی بر هیجانات تأکید می‌کنند (کامپبل سیلز و همکاران، ۲۰۰۵).

در این زمینه پژوهش‌هایی انجام شده از جمله بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های

1. Branstetter, Wilson, Hildebrandt, & Mutch
2. Campbell-Sills, Cohan, & Stein
3. Li, Rew, & Hwang
4. De-Ridder, Geenen, Kuijer, & Van Middendorp

اجتماعی بر عزت نفس دانش‌آموزان نابینا (به‌پژوه، خانجانی، حیدری و شکوهی یکتا، ۱۳۸۶)؛ اثربخشی آموزش فلسفه بر قضاوت اخلاقی و عزت نفس دانش‌آموزان نابینا (اکرمی، قمرانی و یارمحمدیان، ۱۳۹۳)؛ تأثیر آموزش مهارت مثبت‌نگری بر شادکامی و باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان نابینا (ارجمندنیا، وطنی و حسن‌زاده، ۱۳۹۶)؛ اثربخشی ذهن آگاهی بر اضطراب اجتماعی نابینایان در شهر گرگان (افتخارالدین و اسدی، ۱۳۹۴).

یکی از حیطه‌هایی که برای کاهش سازگاری و پذیرش شرایط برای افراد می‌توان استفاده نمود و باعث کاهش بیماری‌های روانی (اضطراب، ناامیدی و افسردگی و ...) می‌شود درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد. این درمان یکی از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی است که توسط هیز و همکارانش از ابتدای دهه ۱۹۸۰ معرفی و با نام اختصاری ACT شناخته شد. ACT ریشه در نظریه فلسفی عمیقی دارد که زمینه‌گرایی عملکردی خوانده می‌شود و به لحاظ نظری مبتنی بر نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی است که چگونگی ایجاد رنج توسط ذهن انسان و روش‌های بی‌فایده مقابله با آن و نیز رویکردهای زمینه‌ای جایگزین برای این حوزه ما را تبیین می‌کند (هیز و استروسهال^۱، ۲۰۱۰). رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد از استعاره، تمرینات تجربه‌ای و تناقض منطقی برای رهائی از محتوای لفظی زبان و ایجاد ارتباط بیشتر با جریان مداوم تجربه در زمان حال استفاده می‌کنند (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲). با توجه به این‌که پذیرش و تعهد در زندگی می‌تواند حس اراده و اختیار در مقابل زندگی را به افراد القا کند و بر روی افراد نابینا پژوهشی در این زمینه مشاهده نشد لذا این پژوهش درصدد پاسخگویی به این سؤال انجام شد که آیا درمان پذیرش و تعهد بر روی افسردگی و سازگاری دختران نابینای شهرکرد تأثیرگذار می‌باشد؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری کلیه دختران نابینای شهر شهرکرد که نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از دختران نابینا شهر شهرکرد است، که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب می‌شوند. گروهی از دختران نابینا که به مرکز آموزش بهزیستی مراجعه می‌کنند، برای حضور در جلسات تشویق می‌شوند و به‌طور

1. Hayes & Strosahl

تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل قرار می‌گیرند و پیش‌آزمون در هر دو گروه اجرا می‌گردد سپس بسته آموزشی بر روی گروه آزمایش اجرا می‌گردد و سپس از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته می‌شود. در این پژوهش از آمار استنباطی مانند تحلیل کواریانس استفاده می‌شود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه سازگاری^۱. پرسشنامه ۱۶۰ سؤالی سازگاری روانی که توسط بل^۲ (۱۹۶۲) ساخته شده است و برای هر گزینه سه طیف برای جواب دادن وجود دارد: بلی (۱)، خیر (۲)، نمی‌دانم (۳). سؤال‌های مربوط به ابعاد مختلف سازگاری (سازگاری در خانه، سازگاری بهداشتی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی و سازگاری شغلی) به صورت پراکنده در پرسشنامه منظور شده‌اند و هر سؤال با انتخاب یکی از سه گزینه بلی، خیر و نمی‌دانم پاسخ داده می‌شود. نمره‌گذاری هر سؤال، طبق جدول هنجار شده انجام می‌گیرد. در این آزمون، تنها پاسخ بلی یا خیر، امتیاز دریافت می‌کند. بر اساس جدول هنجار شده، به گزینه انتخابی عدد صفر یا یک تعلق می‌گیرد. نمره سازگاری فرد، برابر با مجموع امتیازهایی است که از تمام سؤال‌ها به دست آمده است. علاوه بر نمره کل، می‌توان نمره‌های سازگاری فرد را در هر یک از ابعاد سازگاری در خانه، بهداشتی اجتماعی، عاطفی و شغلی محاسبه نمود که نشان‌دهنده میزان سازگاری فرد در آن بعد می‌باشد. لازم به ذکر است که نمرات در هر بعد به دو قسمت نمرات مربوط به نمونه‌های مرد و زن تقسیم می‌شود. سطح نمرات این دو گروه تا حدی با هم تفاوت دارد. اعتبار آزمون-آزمون مجدد این پرسشنامه در راهنمای آزمون از مقادیر ۰/۷۰ تا ۰/۹۳ و ضریب همسانی درونی آن از ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ گزارش شده است. بل ضرایب اعتبار (پایایی) را برای خرده مقیاس‌های سازگاری در خانه، سازگاری بهداشتی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی و سازگاری شغلی و برای کل آزمون به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۱، ۰/۸۸، ۰/۹۱، ۰/۸۵ و ۰/۹۴ گزارش کرده است. همچنین، این آزمون روایی بالایی در تشخیص گروه‌های بهنجار از نورو تیک و همبستگی آزمون‌های شخصیت آیزنگ نشان داده است (بل، ۱۹۶۲ به نقل از فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸).

1. Dyadic Adjustment Scale

2. Bell

پرسشنامه افسردگی بک^۱ (BDI). پرسشنامه افسردگی بک برای اولین بار توسط بک، وارد مندلسون موک و ارباف^۲ (۱۹۶۱) معرفی شد، در سال ۱۹۷۱ مورد تجدیدنظر قرار گرفت و در سال ۱۹۷۸ منتشر گردید. اگرچه در فرم اخیر (BDI-IA)، ماده‌های پرسشنامه به صورت روشن تری بیان شده‌اند، اما مطالعاتی که بعدها انجام شد نشان داد که این دو فرم همبستگی بالایی، در حدود ۰/۹۴، با یکدیگر دارند. بک، استریس^۳ و براون^۴ (۱۹۹۶) برای تحت پوشش قرار دادن دامنه وسیعی از نشانه‌ها و برای هماهنگی بیشتر با ملاک‌های تشخیصی اختلال‌های افسردگی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)، یک تجدیدنظر اساسی در آن انجام دادند. در این فرم تجدیدنظر شده، به منظور انعکاس نشانه‌هایی که با افسردگی شدیدتر همراه هستند (مثل تشویش، احساس بی‌ارزشی، اشکال در تمرکز، از دست دادن انرژی)، چهار ماده آن تغییر داده شد. همچنین برای نشان دادن کاهش اشتها و خواب، در دو ماده آن تجدیدنظر به عمل آمد. به علاوه، متن یا جمله‌بندی بسیاری از ماده‌های دیگر تغییر یافت. مقایسه بین BDI و BDI-II نشان می‌دهد که اولاً مراجعان در پاسخ دادن به فرم BDI-II، یک یا دو نشانه را بیش از فرم اولیه تأیید می‌کنند و ثانیاً آزمودنی‌های سطوح بالاتر افسردگی بیش از افسرده‌های سطوح پایین‌تر، نشانه‌ها یا ماده‌ها را تأیید می‌کنند. علیرغم نمرات نسبتاً بالاتر در BDI-II، به‌طور کلی همبستگی بالایی بین این دو فرم وجود دارد و با اندکی احتیاط می‌توان گفت که BDI-II با فرم قبلی خود کاملاً قابل مقایسه است و نتایج بیشتر پژوهش‌های انجام شده در مورد BDI را می‌توان به BDI-II تعمیم داد.

این پرسشنامه که شامل ۲۱ سؤال است، به منظور سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده ساخته شده است و ماده‌های آن اساساً بر مبنای مشاهده و تلخیص نگرش‌ها و نشانه‌های متداول در میان بیماران روانی افسرده تهیه شده‌اند. به عبارت دیگر، این مواد و وزن‌های آن‌ها به‌طور منطقی انتخاب شده‌اند. محتوای این پرسشنامه، به‌طور جامع نشانه‌شناسی افسردگی است، اما بیشتر بر محتوای شناختی تأکید دارد. پرسشنامه افسردگی بک از نوع آزمون‌های خودسنجی است و در پنج تا ده دقیقه تکمیل می‌شود. ماده‌های آزمون در مجموع از

-
1. Beck Depression Inventory
 2. Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh
 3. Steer
 4. Brown

۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خودبیزاری و ... هستند. به این ترتیب که ۲ ماده از آن به عاطفه، ۱۱ ماده به شناخت، ۲ ماده به رفتارهای آشکار، ۵ ماده به نشانه‌های جسمانی و ۱ ماده به نشانه‌شناسی میان‌فردی اختصاص یافته است. به این ترتیب این مقیاس، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است.

ملاحظات اخلاقی. از افراد خواسته شد که نام و نام خانوادگی خود را ذکر نکنند، برای هر فرد نابینا یک همیار برای تکمیل سؤالات پرسشنامه اختصاص داده شد، از شرک‌کنندگان رضایت شفاهی گرفته شد.

روش اجرا

بسته آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (برگرفته از کتاب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایزدی و عابدی (۱۳۹۱) و کارگاه درمان و سواس مبتنی بر پذیرش و تعهد خانم دکتر ایزدی) که متناسب با نابینایان از استعاره‌ها خاص استفاده گردید. جلسات در طی جلسه یک ساعته (هفته‌ای یک بار) برای گروه آزمایش اجرا شد.

جلسه اول: مقدمه، آشنایی با اعضای گروه و برقراری رابطه درمانی، بحث در مورد رازداری، صحبت در مورد اهداف، نوع درمان، شروع درماندگی خلاق و استعاره ببر، دادن تکلیف. جلسه دوم: مرور واکنش به جلسه قبل، بررسی تکلیف، ادامه درماندگی خلاق و استعاره چاه، دادن تکلیف.

جلسه سوم: معرفی کنترل به عنوان یک مساله، بحث پیرامون دنیای درون و بیرون، معرفی تمایل/ پذیرش با (استعاره دستگاه پلی‌گراف)، تعهد رفتاری، تکلیف.

جلسه چهارم: ادامه کنترل مساله است، استعاره دو مقیاس برای ایجاد تمایل، استعاره مهمان، اشاره به احساس پاک و ناپاک، بررسی تعهد رفتاری، تکلیف.

جلسه پنجم: ایجاد گسلش (استعاره اعداد) و (استعاره اتوبوس)، تعهد رفتاری، تکلیف.

جلسه ششم: خود به عنوان زمینه (صحبت از من و من مشاهده‌گر)، بررسی ارزش‌ها، تکلیف.

جلسه هفتم: خود به‌عنوان زمینه (استعاره صفحه شطرنج)، بررسی ارزش‌ها، تکلیف.
 جلسه هشتم: استعاره حباب، استعاره نهال، مرور جلسات قبل، ارزیابی تعهد به عمل، انجام
 پس از آزمون.

یافته‌ها

در جدول ۱ شاخص‌های مربوط به آمار توصیفی برای نمونه مورد بررسی شامل میانگین و انحراف استاندارد برای متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش آورده شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیر پژوهش

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	ازمایش	۵۳/۹۳	۸/۱۵	۵۴/۲۸	۷/۵۶
	کنترل	۵۲/۱۳	۷/۱۴	۵۳/۱۱	۷/۰۴
سازگاری	ازمایش	۶۳/۰۶	۸/۴۳	۶۹/۷۸	۶/۸۳
	کنترل	۵۴/۳۳	۶/۰۴	۵۵/۷۸	۷/۰۹

برای اطمینان از این‌که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کواریانس را برآورد می‌کنند، ابتدا پیش‌نیازها و پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس بررسی شده‌اند. جدول‌های ۲ و ۳ به ترتیب آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای نرمال بودن توزیع میانگین داده‌ها و نتایج آزمون همگنی واریانس لوین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهند.

جدول ۲. آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای نرمال بودن توزیع میانگین داده‌ها

مرحله	گروه	مقدار آماره	سطح معناداری
پس آزمون	کنترل	۰/۶۹	۰/۷۱
	آزمایش	۰/۴۲	۰/۹۹

با مشاهده سطح معناداری در جدول ۲ مشخص می‌شود که متغیرها دارای توزیع نرمال است ($P \geq 0/05$) و پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها تأیید می‌گردد.

جدول ۳. نتایج آزمون همگنی واریانس لوین متغیرهای پژوهش

اثر	متغیر وابسته	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	سطح معناداری
گروه	افسردگی	۱	۲۸	۱/۷۴	۰/۱۹۷
	سازگاری	۱	۲۸	۲/۶۵	۰/۱۱

نتایج به دست آمده در جدول ۳ نشان می‌دهند که آزمون لوین در متغیرهای وابسته پژوهش در مرحله پس آزمون معنی دار نمی‌باشد ($P \geq 0/05$). بنابراین واریانس گروه آزمایشی و گروه کنترل در متغیرهای افسردگی، سازگاری به طور معنی داری متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود. جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای مقایسه میانگین پس آزمون متغیرهای پژوهش با کنترل پیش آزمون را نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای مقایسه میانگین پس آزمون متغیرهای پژوهش با کنترل پیش آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجزور ضریب اتا	توان آزمون
افسردگی گروه	پیش آزمون	۳۱۳۴/۹۱	۱	۳۱۳۴/۹۱	۴/۴۵	۰/۰۰۴	۰/۷۵	۰/۹۹
	خطا	۱۸۹۸۹/۷۲	۲۷	۷۰۳/۳۲	۰/۱۳	۰/۰۲۱	۰/۵۹	۱
سازگاری روانی گروه	پیش آزمون	۲۶۸۷۵/۴۹	۱	۲۶۸۷۵/۴۹	۹۸۵/۹۶	۰/۰۰۰۱	۰/۹۷	۱
	خطا	۷۳۵/۹۷	۲۷	۲۷۲۰/۲۵	۹۹/۷۹	۰/۰۰۰۱	۰/۷۸	۱

پس از کنترل اثر پیش آزمون، تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر نمرات پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته پژوهش (افسردگی، سازگاری و بهزیستی معنوی) بررسی

شد. همان‌طور که داده‌های جدول ۴ نشان می‌دهند، بین میانگین دو گروه در هر دو متغیر تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین فرضیه پژوهش حاضر مورد تأیید قرار می‌گیرد. این نتیجه بدان معناست که درمان پذیرش و تعهد در متغیرهای افسردگی، سازگاری، در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون مؤثر بوده است بر اساس ضریب تأثیر $0/59$ از تفاوت گروه‌ها در نمره افسردگی در پس‌آزمون، مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است همچنین تأثیر مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در متغیر سازگاری $0/78$ می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان می‌دهد بین میانگین دو گروه در هر دو متغیر تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین فرضیه‌های پژوهش حاضر مورد تأیید قرار می‌گیرد. این نتیجه بدان معناست که درمان پذیرش و تعهد در متغیرهای افسردگی و سازگاری، در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون مؤثر بوده است.

یافته‌های حاضر با یافته‌های پژوهش‌های مهردوست، نشاط‌دوست و عابدی (۱۳۹۲)، رئیس‌یان، گلزاری و برجعلی (۱۳۹۰)، بیجاری، قنبری هاشم‌آبادی، آقامحمدیان شعریاف و همایی (۱۳۸۸)، رباط میلی، مهربانی‌زاده هنرمند، زرگر و کریمی خویگان (۱۳۹۲)، حر و همکاران (۱۳۹۱)، رجبی و یزدخواستی (۱۳۹۳)، نریمانی، عباسی، ابوالقاسمی و احدی (۱۳۹۲)، همسو و همخوان است. به‌طور مثال همان‌طور که براون و رایان^۱، ۲۰۰۳؛ به نقل از نریمانی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی به بررسی آموزش درمان پذیرش و تعهد بر سازگاری، استرس و اضطراب و بهزیستی روانی-اجتماعی پرداختند که نتایج نشان داد که مداخلات باعث کاهش استرس و اضطراب و افزایش بهزیستی روانی-اجتماعی شده است. همچنین زیدان، جانسون، دیاموند، داوید و گولکسیان^۲ (۲۰۱۰) نیز نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد از طریق ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات و پذیرش آن‌ها می‌تواند تغییرات مثبتی را در سازگاری و بهزیستی ایجاد نماید. در تبیین یافته‌های به‌دست آمده می‌توان بیان نمود که تمرینات رویکرد پذیرش و تعهد به

1. Brown & Ryan

2. Zeidan, Johnson, Diamond, David, & Goolkasian

فرد کمک می‌کند که افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده کند و آن‌ها را وقایع ذهنی ساده‌ای ببیند که می‌آیند و می‌روند به جای آن‌که آن‌ها را به‌عنوان قسمتی از خودشان، یا انعکاس از واقعیت در نظر بگیرند. این نوع نگرش، مانع تشدید افکار منفی در الگوی نشخوار فکری که مخصوص افراد افسرده است می‌شود. عمل کردن با آگاهی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) باعث کاهش علائم افسردگی و اضطراب می‌شود، زیرا متمرکز ماندن بر تجربه حال حاضر با مقیاس اصلی افسردگی یعنی نشخوار فکری درباره حوادث گذشته در تناقض است.

همه می‌دانیم که بعضی افکار بیمارگونه و مریض‌اند. بعضی افکار برعکس شادی بخش و انرژی‌آفرین‌اند. بعضی افکار هم خنثی هستند. فرد ذهن آگاه با همه این افکار و احساسات مهربان است. او به همه آن‌ها اجازه می‌دهد جلوی چشمانش رژه برونند و هر جلوه‌گری که دوست دارند را انجام دهند، اما در عین حال، فرد ذهن آگاه قویاً بر این باور است که این افکار و ایده‌ها و احساسات ربطی به خود واقعی او ندارند. فرد ذهن آگاه با افکار بد نمی‌جنگد و طرف افکار خوب را نمی‌گیرد. با افکار خنثی کنار نمی‌آید و خلاصه خود را وارد بازی خسته‌کننده و انرژی‌بر فکرچرخ نمی‌کند.

رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اساس این انگاره قرار دارد که رنج روان‌شناختی معمولاً به واسطه فرار از تجربیات روان‌شناختی بد، گرفتار شدن در دام افکار خودمان و در نتیجه ناتوانی در زندگی بر اساس ارزش‌های بنیادی شخصی مان ایجاد می‌شود. این رویکرد به افراد یاد می‌دهد تا به‌سرعت رابطه خود با تجارب مشکل‌آفرین درونی خود را عوض کنند و در همان حال رفتار خود را تغییر بدهند نه این‌که منتظر باشند تا آن افکار یا احساسات مشکل‌آفرین برونند. گاهی درباره افسردگی به‌عنوان یک احساس صحبت می‌شود اما افسردگی چیزی بیشتر از این حرف‌ها است. افسردگی با یک دستورالعمل هدایت می‌شود: «از حال بد دوری کن». وقتی فرد افسرده هست توانایی یا تمایل کمتری برای احساس کردن دارد و به دلیل توانایی یا تمایل کمتری به اقدام کردن پیدا می‌کند. به عبارت دیگر وقتی نمی‌خواهد چیزی را احساس کند، احساسی به او دست می‌دهد که نامش افسردگی است. ACT بساط این نگرش را به هم می‌زند و در عوض روی این تمرکز می‌کند که چگونه در هر حال و هر وضعیت فکری به سوی آنچه از صمیم دل می‌خواهد پیش برود. ACT این نکته را روشن

می‌کند که آن احساسات نامطلوب فقط افسردگی نیست بلکه شاید پای خشم، ترس، غصه یا سوگ هم در میان است. اگر فردی برای حال بهتر داشتن بخواهد که اول افسردگی‌اش از بین برود در واقع امر محالی را آرزو می‌کند. در عوض اگر یاد بگیریم که چگونه افکار افسرده وار خود را مورد توجه قرار دهیم و احساساتمان عمداً و کاملاً احساس کنیم آن موقع خواهیم فهمید که حتی علیرغم احساسات افسرده وار و افکار افسردگی‌زا می‌توانیم زندگی کنیم. غصه، فقدان، اضطراب یا خشم + عدم تمایل به احساس غصه، فقدان، اضطراب یا خشم در حین زندگی در جهت ارزشمند = افسردگی.

مراجعین افسرده اغلب از موقعیت‌های اجتماعی کنار می‌کشند تا از افکار ناراحت‌کننده‌ای نظیر «من خسته‌کننده هستم؛ چیزی برای گفتن ندارم، از خودم خوشم نمی‌آید» و نیز احساسات ناخوشایندی نظیر اضطراب و خستگی و ترس از طرد شدن اجتناب کنند. دوری از فعالیت اجتماعی شاید در کوتاه مدت حس آسودگی را نتیجه بدهد اما در طولانی مدت انزوای اجتماعی پاییز عمر افسردگان را سردتر خواهد کرد. مخصوصاً در دختران نابینا که افکار و احساسات منفی به سراغشان می‌آید و آن‌ها را گوشه‌گیر و به تنهایی و انزوا می‌کشاند و دوباره شروع به فکر کردن درباره گذشته خود می‌کنند و همین‌طور گذشته خود را نشخوار می‌کنند تا به یک جواب قانع‌کننده برای مسأله خود پیدا کنند. لذا ما در آموزش‌ها و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دختران نابینا یاد دادیم با استفاده از استعاره‌های (گودال، سگ، مرداب و ابر و ...) که فکر را آدم حساب نکنند! فکر فکر است. همین و بس! حوزه وظایف مشخصی دارد. برای حل مسأله بدر می‌خورد. اما نمی‌تواند در حوزه هویت درونی فرد وارد شود و در این حوزه سهم بخواهد و دنبال "من" برای خودش بگردد. احساس هم در جای خود فقط احساس است و چیزی بیشتر از آن نیست. مهم این است که افراد به این مرتبه از بیداری و هشیاری رسیدند که خودشان را با افکار و اندیشه‌هایشان یکی نگیرند. همین‌طور با افکار و ایده‌ها و نظرات دیگران خودشان را یکی نپندارند.

در تبیین کاهش افسردگی دختران نابینا می‌توان بیان نمود که افراد نابینا اغلب به دلیل ناتوانی‌های فیزیکی با تغییراتی در شیوه زندگی، اشتغال، فعالیت‌های اجتماعی و ارتباطات خانوادگی روبرو هستند. مواجهه با فشارهای روانی ناشی از این تغییرات سلامت روانی آنان را

مورد تهدید قرار می‌دهد (گل‌آقایی، صالحی و رفیعی، ۱۳۸۰). ناینیایی خود به تنهایی از عواملی است که بر کیفیت زندگی افراد اثرگذار است، هر قدر سن فرد در زمان نابیناشدن کمتر باشد، قدرت تطابق و کنار آمدن با آن بیشتر در وی تقویت می‌گردد و سریع‌تر به روند زندگی عادی بر می‌گردد. همچنین ناینیایی در بزرگسالی مشکلات فیزیکی و روانی گسترده‌تری را ایجاد می‌کند. اثر فقدان بینایی بر کارایی حس‌های باقی‌مانده یک مسأله بحث‌انگیز و بسیار مهم است. ناینیایان، علاوه بر بیماری‌های جسمی که مزید بر ناینیایی آن‌ها بوده از مشکلات روانی هم که به سبب ناتوانی در دیدن و همچنین مشکلات در کنار آمدن و سازگاری با ناتوانی بر آن‌ها تحمیل شده است، رنج می‌برند. ناینیایی باعث ایجاد مشکلات جسمی- روانی و عدم سازگاری گسترده‌ای می‌شود (غفوری فرد، پیامی بوساری و حیدری صومعه، ۱۳۹۲).

یکی از این مشکلات، سازگاری اجتماعی می‌باشد. بیشترین افراد نابینا سازگاری ضعیف و یا متوسطی دارند. نقص بینایی به‌عنوان یک مانع در تعاملات اجتماعی باعث می‌شود که نابینایان نسبت به همسالان خود ارتباط اجتماعی کمتری داشته و فاقد قدرت ابراز وجود باشند (ساجدی، آتش‌پور، کامکار و صمصام شریعت، ۱۳۸۸). رفتار آدمی تحت تأثیر عوامل اجتماعی قرار دارد و شخصیت انسان در صورتی به کمال می‌رسد که بین او و محیط تعادل و تبادل مناسبی برقرار باشد. البته باید به این نکته نیز اشاره کرد که سازگاری اجتماعی یک امر نسبی است که آنرا باید مناسب با شرایط بومی و اجتماعی تعریف کرد. سازگاری طیف گسترده‌ای دارد و جنبه‌هایی چون خانواده، همسالان و اجتماع را در بر می‌گیرد که در رأس همه آن‌ها سازگاری اجتماعی قرار دارد و سازگاری اجتماعی نیز با عواملی از قبیل وراثت، محیط، خانواده، عضویت گروهی و غیره ارتباط دارد (توزنده جانی، صدیقی، نجات و کمال‌پور، ۱۳۸۶). از طرف دیگر، سازگاری در زمینه ارتباطات اجتماعی مفید شکل می‌گیرد (رحیمیان بوگر، شاره، حبیبی عسگرآباد و بشارت، ۱۳۸۶). بنابراین در این دوره به دختران نابینا که با مسایل اجتماعی- خانوادگی مواجه بودند و باعث شده بود آن‌ها دچار عدم سازگاری بشوند یاد داده شد که به افکار و احساسات خود نچسبند و آن‌ها را فقط مشاهده کنند (گسلش) و در لحظه حال زندگی کنند و وقایع را همان‌طور که اتفاق می‌افتند بررسی کنند و تحت تأثیر فکرو باورها و آمیزش با احساس قرار نگیرند تا بتوانند بهتر با شرایط خود سازگار شوند.

منابع

فارسی

- ارجمندینا، علی‌اکبر؛ وطنی، صباح؛ و حسن‌زاده، سعید (۱۳۹۶). تأثیر آموزش مهارت مثبت‌نگری بر شادکامی و باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان نابینا. *پژوهشنامه روان‌شناسی مثبت*، ۲(۳)، ۲۱-۲۴.
- افتخارالدین، آمنه و اسدی، جوانشیر (۱۳۹۴). *اثربخشی ذهن آگاهی بر اضطراب اجتماعی نابینایان در شهر گرگان*. کنفرانس بین‌المللی پژوهش در علوم و تکنولوژی. استانبول: مؤسسه مدیران ایده‌پرداز پایتخت ویرا.
- اکرمی، لیلا؛ قمرانی، امیر؛ و یارمحمدیان، احمد (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش فلسفه بر قضاوت اخلاقی و عزت نفس دانش‌آموزان نابینا. *تفکر و کودک*، ۵(۱۰)، ۱-۱۶.
- امانی، فیروز؛ سهرابی، بهرام؛ صادقیه، سعید؛ و مشعوفی، مهرناز (۱۳۸۲). بررسی شیوع افسردگی در دانشجویان علوم پزشکی اردبیل. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، ۴(۱)، ۷-۱۱.
- ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۲). کاهش علائم وسواس در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. *مجله دو ماهنامه فیض*، ۱۷(۳)، ۲۷۵-۲۸۶.
- ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۱). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. تهران: انتشارات جنگل.
- به‌پژوه، احمد؛ خانجانی، مهدی؛ حیدری، محمود؛ و شکوهی یکتا، محسن (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر عزت نفس دانش‌آموزان نابینا. *پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۱(۳)، ۲۹-۳۷.
- بیجاری، هانیه؛ قنبری هاشم آبادی، بهرام علی؛ آقامحمدیان شهرباف، حمیدرضا؛ و همایی، فاطمه (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد امیددرمانی بر افزایش امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه مطالعات تربیتی و روان‌شناسی*، ۱۰(۱)، ۱۷۱-۱۸۴.

توزنده جانی، حسن؛ صدیقی، کاظم؛ نجات، حمید؛ کمال پور، نسرین (۲۰۰۸). اثربخشی نسبی آموزش‌های شناختی- رفتاری عزت نفس بر سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان. پژوهش در برنامه‌ریزی درسی (دانش و پژوهش در علوم تربیتی-برنامه‌ریزی درسی)، ۲۱(۱۶)، ۵۶-۴۱.

حر، مریم؛ آقایی، اصغر؛ عابدی، احمد؛ عطاری، عباس (۱۳۹۱). تأثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. مجله علوم رفتاری، ۱۱(۲)، ۱۲۸-۱۲۱.

رباط میلی، سمیه؛ مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز؛ زرگر، یدالله؛ و کریمی خویگان، روح‌الله (۱۳۹۲). تأثیر معنادرمانی گروهی بر افسردگی و امید در دانشجویان. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۴(۳)، ۱۰-۳.

رجبی، ساجده و یزدخواستی، فریبا (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام اس. مجله روان‌شناسی بالینی، ۶(۱)، ۳۸-۲۹. رحیمیان بوگر، اسحق؛ شاره، حسین؛ حبیبی عسگرآباد، مجتبی؛ و بشارت، محمدعلی (۱۳۸۶). بررسی تأثیر شیوه‌های جرأت‌ورزی بر سازگاری اجتماعی. نوآوری‌های آموزشی، ۶(۲۳)، ۵۴-۲۹.

رضاعی، فرزین (۱۳۸۹). طرح‌واره درمانی در افسردگی مزمن (چکیده دهمین همایش پیاپی سالیانه انجمن علمی روانپزشکان ایران). مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ۱۶(۳)، ۳۸۷-۳۸۷.

رئیسیان، اکرم سادات؛ گلزاری، محمود؛ و برجعلی احمد (۱۳۹۰). اثربخشی امیددرمانی بر کاهش میزان افسردگی و پیشگیری از عود و در زنان درمانجوی وابسته به مواد مخدر. فصلنامه اعتیاد پژوهشی سوء مواد، ۵(۱۷)، ۴۰-۲۱.

ساجدی، سهیلا؛ آتش‌پور، سیدحمید؛ کامکار، منوچهر؛ و صمصام شریعت، محمدرضا (۱۳۸۸). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر روابط بین فردی، عزت نفس و ابراز وجود دختران نابینا. دانش و پژوهش در روان‌شناسی، ۱۱(۳۹)، ۲۶-۱۴.

شیهان، ایلین (۱۹۸۸). عزت نفس. ترجمه مالک میرهاشمی و مهدی گنجی (۱۳۸۳). تهران:

انتشارات ویرایش.

غفوری‌فرد، منصور؛ پیامی بوساری، میترا؛ و حیدری صومعه، علیرضا (۱۳۹۲). بررسی وضعیت سازگاری عاطفی و اجتماعی جانبازان محروم از یک چشم در شهر زنجان سال ۱۳۹۰.

مجله طب جانپاز، ۶(۲۲)، ۷۱-۶۴.

فتحی آشتیانی، علی و داستانی، محبوبه (۱۳۸۸). *آزمون‌های روان‌شناختی ارزشیابی شخصیت و سلامت روانی*. تهران: انتشارات بعثت

گل‌آقایی، فرزانه؛ صالحی، بهمن؛ و رفیعی، محمد (۱۳۸۰). بررسی شیوع افسردگی و عوامل مؤثر بر آن در جانبازان جسمی شهرستان اراک. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک (ره‌آورد*

دانش)، ۴(۲)، ۴۱-۳۶.

مهردوست، زینب؛ نشاط‌دوست، حمید‌طاهر؛ و عابدی، احمد (۱۳۹۲). اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی بر کاهش توجه متمرکز بر خود و بهبود باورهای خودکارآمدی اجتماعی.

روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۳(۱۱)، ۸۱-۶۷.

نریمانی، محمد؛ طالبی جویباری، مسعود؛ و ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۲). مقایسه سبک اسناد و تاب‌آوری در بین دانش‌آموزان آسیب‌دیده و عادی. *فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی*،

۳(۱۰)، ۶۴-۴۱.

نریمانی، محمد؛ عباسی، مسلم؛ ابوالقاسمی، عباس؛ و احدی، بتول (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی آموزش و تعهد با آموزش تنظیم هیجان بر سازگاری دانش‌آموزان دارای اختلال ریاضی.

مجله ناتوای‌های یادگیری، ۲(۴)، ۱۷۶-۱۵۴.

لاتین

Altshuler, L. L., & Hendrick, V. (1998). Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Clinical Psychiatry*, 3(8), 324-330.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the BDI-II*. San Antonio: The Psychological Corporation.

- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Branstetter A. D., Wilson, K. G., Hildebrandt, M., & Mutch, D. (2004). *Improving psychological adjustment among cancer patients: ACT and CBT*. Paper presented at the Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans.
- Brown, K. W., & Ryan R. M. (2003). The benefits of being present: Acceptance and commitment training and its role in psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(22), 822-848.
- Campbell-Sills, L., Cohan, S., & Stein, M. (2005). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behavior Research and Therapy*, 44(4), 585-599.
- Cruickshank, W. M. (1971). *Psychology of exceptional children and youth*. The University of California, New Jersey: Prentice-Hall
- De-Ridder, D., Geenen, R., Kuijjer, R., & Van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet*, 372 (9634), 246-255.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2010). *A practical Guide to Acceptance and commitment Therapy*. New York: Springer Science and Business Media Inc.
- Li, C. C., Rew, L., & Hwang, S. L. (2012). The relationship between spiritual well-being and psychosocial adjustment in Taiwanese patients with colorectal cancer and a colostomy. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 39(2), 161-169.
- Owsley, C., McGwin, G., Scilley, K., Dreer, L. E., Bray, C. R., & Mason, J. O. (2006). Focus groups with persons who have age-related macular degeneration: Emotional issues. *Rehabilitation Psychology*, 51(6), 23-29.
- Ribeiro, M. V., Hasten-Reiter Junior, H. N. H., Ribeiro, E. A., Juca, M. J., Barbosa, F. T., & Sousa-Rodrigues, C. F. (2015). Association between visual impairment and depression in the elderly: A systematic review. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 78(3), 197-201.

Zeidan, F., Johnson, S. K., Diamond, B. J., David, Z., & Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Consciousness and Cognition, 19*(2), 597-605.