

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناسی

سال یازدهم شماره ۴۴ زمستان ۱۳۹۵

بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر روی افسردگی و بهزیستی معنوی دختران نایبینای شهر کرد

سجاد تاجور رستمی^۱
فاطمه رحیمی خوراسگانی^۲
ملیحه السادات کاظمی^۳

چکیده

هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و بهزیستی معنوی دختران نایبینای شهر کرد بود. روش تحقیق از نوع نیمه‌آزمایشی (پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل) بود. جامعه آماری، کلیه دختران نایبینا شهر کرد که برای نمونه ۳۰ نفر از دختران به‌طور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش گمارده شدند. روش نمونه‌گیری در دسترس بوده است. پیش‌آزمون بر روی آزمودنی‌ها اجرا گردید و بعد از اتمام جلسات آموزشی، پس‌آزمون مجدد از دو گروه گرفته شد. ابزار پژوهش پرسشنامه افسردگی بک و بهزیستی معنوی پالوتزین و الیسون بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس، تحلیل شد. نتایج نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد به کاهش افسردگی و افزایش بهزیستی معنوی دختران نایبینا منجر می‌گردد. از این پژوهش می‌توان استنباط کرد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد، روش مناسبی برای کاهش افسردگی و افزایش بهزیستی معنوی دختران نایبینا می‌باشد.

واژگان کلیدی: درمان پذیرش و تعهد؛ افسردگی؛ بهزیستی معنوی

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه آزاد نجف‌آباد Email:sj.Tajvar@gmail.com

۲- مدرس روانشناسی عمومی

۳- استادیار و مدیرگروه روانشناسی دانشگاه آزاد نجف‌آباد

مقدمه

نایینی 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).

این ناکامی‌ها 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 (آلت شولر^۲ و هندریچ^۳، ۱۹۹۸). 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 (اما می، ۱۳۸۲).

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، کندی روانی-حرکتی، کم‌خوابی یا بی‌خوابی، ناتوانی در تصمیم‌گیری، احساس گناه و افکار مربوط به مرگ و خودکشی مشخص می‌شود (رضاعی، ۱۳۹۰). امروزه درمان‌های مختلفی برای بهبود افسردگی به کار 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 تیتر^۴ و ویلسون^۵ و همکاران (۲۰۰۴) با استفاده از دو روش درمان شناختی-رفتاری سنتی و درمان پذیرش و تعهد بر روی افسردگی بیماران سرطانی به این نتیجه دست یافتند که درمان پذیرش و تعهد به طور معناداری در کاهش افسردگی نسبت به روش شناختی-رفتاری مؤثر است.

همچنین یکی از مواردی که برای زندگی همه انسان‌ها لازم و ضروری است، داشتن

1- Cruickshank
3- Hendrich
5- Wilson

2- Altshuler
4- Branstetter

معنایی برای زندگی است که بتوانند فلسفه زندگی خود را بیابند و شرایط خود را بهتر پذیرند و در اجتماع خصایص انسانی را نشان دهند.

در سال‌های گذشته، معنویت و مقابله مذهبی به عنوان راهبردهای مؤثر مقابله با آشفتگی‌ها و پریشانی‌ها مورد توجه عده بسیاری از روانشناسان و مشاوران قرار گرفته است (راشل^۱، ۲۰۰۷).

بهزیستی معنوی را می‌توان ارتباط داشتن با دیگران، داشتن معنی و هدف در زندگی و داشتن اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی تعریف کرد (هاوکر^۲ و همکاران، ۱۹۹۵).

بهزیستی معنوی به این حقیقت بازمی‌گردد که فرد توانسته در یک رابطه درون روانی با خود و خالق هستی در حوزه‌های معنا، هدف و ارزش‌ها در زندگی خود انسجام و سازگاری برقرار کند (لی^۳، رو^۴، هانگ^۵، ۲۰۱۲). از طرف دیگر بهزیستی معنوی ماهیت جمعی و اجتماعی نیز دارد. به این معنی که عشق، عدالت، امیدواری و ارزش‌گذاری به خصایص انسانی نیز از زمرة شاخص‌های مطرح برای بهزیستی معنوی است (جارسماء^۶، بتی^۷، ۲۰۰۹).

یکی از حیطه‌هایی که برای کاهش سازگاری و پذیرش شرایط برای افراد می‌توان استفاده نمود و باعث کاهش بیماری‌های روانی (اضطراب، نالمیدی و افسردگی و...) می‌شود و بهوسیله آن می‌توان ارزش‌های زندگی‌مان را الولیت‌بندی کنیم درمان مبنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد.

این درمان یکی از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی است که توسط استیون هیز و همکارانش از ابتدای دهه ۱۹۸۰ معرفی و با نام اختصاری ACT شناخته شد. ریشه در نظریه فلسفی عمیقی دارد که زمینه‌گرایی عملکردی خوانده می‌شود و به لحاظ نظری مبنی بر نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی (RFT) است که چگونگی ایجاد رنج توسط

1- Russell
3- Li
5- Hwang
7- Beattie

2- Hawks
4- Rew
6- Jaarsma

ذهن انسان و روش‌های بی‌فایده مقابله با آن و نیز رویکردهای زمینه‌ای جایگزین برای این حوزه ما را تبیین می‌کند. ACT از استعاره، تمرینات تجربی‌ای و تناقض منطقی برای رهائی از محتوا لفظی زبان و ایجاد ارتباط بیشتر با جریان مدام تجربه در زمان حال استفاده می‌کنند (ایزدیو عابدی، ۱۳۹۲). با توجه به اینکه پذیرش و تعهد در زندگی می‌تواند حس اراده و اختیار در مقابل زندگی را به افراد القا کند این پژوهش در صدد پاسخگویی به این سوال است که ایا درمان پذیرش و تعهد بر روی افسردگی و بهزیستی معنوی دختران نابینای شهرکرد تأثیرگذار می‌باشد؟

روش

نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از دختران نابینا شهرکرد است، که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب می‌شوند گروهی از دختران نابینا که به مرکز آموزش بهزیستی مراجعت کنند، برای حضور در جلسات تشویق می‌شوند، و به طور 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 تحلیل کواریانس استفاده می‌شود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه افسردگی بک^۱: پرسشنامه افسردگی بک برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران تدوین شد. به این ترتیب که ابتدا در سال ۱۹۶۱ از سوی ای. بک، وارد مندلسون^۲ و اریاف^۳ معرفی شد، در سال ۱۹۷۱ مورد تجدیدنظر قرار گرفت و در سال ۱۹۷۸ منتشر گردید. اگرچه در فرم اخیر (BDI-II)، ماده‌های پرسشنامه به صورت روشن‌تری بیان شده‌اند، اما مطالعاتی که بعدها انجام شد نشان داد که این دو فرم همبستگی بالایی، در حدود ۰/۹۴، با یکدیگر دارند. در سال ۱۹۹۶، بک و همکارانش برای

1- Depression

2- Beck

3- Ward Mendelson

5- Erbaugh

4- Mock

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 تجدیدنظرشده، بهمنظور انعکاس نشانه‌هایی که با افسردگی شدیدتر همراه هستند (مثل تشویش، احساس بیارزشی، اشکال در تمکن، از دست دادن انژری)، 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-II و BDI 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، به طور 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-II را می‌توان به BDI-II تعمیم داد.

این پرسشنامه که شامل ۲۱ سوال 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 به طور منطقی انتخاب شده‌اند. محتوای این پرسشنامه، به طور 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 ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روییک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی مثل غمگینی، بدینی، 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 میان‌فردي 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 حداً کثر ۶۳ است.

مقیاس بهزیستی معنوی پالوتزین^۱ و الیسون^۲ (SWBS): مقیاس بهزیستی معنوی توسط پالوتزین و الیسون در سال ۱۹۲۸ ساخته شده و ۲۰ سوال و دو خرده مقیاس را دربر می‌گیرد. سوال‌های فرد مقیاس مربوط به خرده‌مقیاس بهزیستی مذهبی است که میزان تجربه فرد را از رابطه رضایت‌بخش با خدا می‌سنجد و سوال‌های زوج که مربوط به خرده‌مقیاس بهزیستی وجودی است که احساس هدفمندی و رضایت از زندگی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پاسخگویی به سوال‌ها بر اساس مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف نمره‌گذاری می‌شود. با نمره‌گذاری مقیاس مذکور سه نمره بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و نمره کل بهزیستی معنوی به دست می‌آید، دامنه نمره کل این مقیاس بین ۲۰ تا ۱۲۰ می‌باشد. پالوتزین و الیسون ضریب پایایی بازآزمایی برای خرده‌مقیاس بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و نمره کل مقیاس به ترتیب برابر ۰/۹۶، ۰/۹۳ و ۰/۹۳ و ضریب آلفای کرونباخ آن به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ می‌باشد. در پژوهشی، خصوصیات روان‌سنجی مقیاس بهزیستی معنوی در میان دانشجویان بررسی گردید و ضریب پایایی بازآزمایی برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۵ و برای خرده‌مقیاس بهزیستی مذهبی ۰/۸۷ و برای خرده‌مقیاس وجودی ۰/۸۱ به دست آمد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس بهزیستی معنوی ۰/۹۰ و برای خرده‌مقیاس‌های بهزیستی مذهبی و وجودی به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۷ محسوبه شد (دهشیری، سهرابی، جعفری و نجفی، ۱۳۸۷). از طرفی واحدی و غنی‌زاده (۱۳۸۸) در پژوهش خود پایایی درونی این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ برای دو عامل بهزیستی مذهبی و وجودی برابر ۰/۸۷ و ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند.

بسته آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه اول: - مقدمه - آشنایی با اعضای گروه و برقراری رابطه‌درمانی، بحث در مورد

رازداری - صحبت در مورد اهداف، نوع درمان - شروع درماندگی خلاق و استعاره بر -
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) - تعهدرفتاری - تکلیف

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

جلسه پنجم: - ایجاد گسلش (استعاره اعداد) و (استعاره اتوبوس) - تعهدرفتاری - تکلیف

جلسه ششم: - خود به عنوان زمینه (صحبت از من و من مشاهده گر) - بررسی ارزش‌ها
- تکلیف ۳

جلسه هفتم: - خود به عنوان زمینه (استعاره صفحه شطرنج) - بررسی ارزش‌ها - تکلیف

جلسه هشتم: - استعاره حباب - استعاره هنهال - مرور جلسات قبل - ارزیابی تعهد به عمل -
انجام پس از آزمون (برگرفته از کتاب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد عابدی، ایزدی،
۱۳۹۱، کارگاه درمان و سواس act، دکترا ایزدی).

یافته‌های پژوهش

جدول (۱) نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره جهت تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و
تعهد بر افسردگی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجہ آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح مجذور اتا	توان معناداری آماری	.
پیش آزمون	۱۰۷۷۶۰/۱۳	۱	۱۰۷۷۶۰/۱۳	۲۴۸۶/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۷۷۳	۰/۹۴
گروه	۱۲۵۴/۵۳	۱	۱۲۵۴/۵۳	۲۸/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۰/۹۹

با توجه به داده‌های جدول (۱) می‌توان مشاهده کرد تفاوت بین عملکرد دو گروه آزمایش و کنترل در مقیاس افسردگی دختران نایبنا و کم‌بینا در سطح $p \leq 0.001$ معنی‌دار است. به عبارت دیگر آموزش درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی تأثیر داشته است و حدود ۵۷ درصد از واریانس متغیر افسردگی مربوط به تأثیر آموزش‌هاست و اجرای درمان است.

جدول (۲) نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیره جهت تعیین اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر بهزیستی معنوی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا آماری	توان
پیش‌آزمون	۲۶۱۵/۶۶	۱	۲۶۱۵/۶۶	.۰/۲۵	.۰/۶۱	.۰/۳۲	۱
گروه	۱۲/۵۷	۱	۱۲/۵۷	۵۳/۰۸	.۰/۰۰	.۰/۸۹	.۰/۹۰

با توجه به داده‌های جدول (۲) می‌توان مشاهده کرد تفاوت بین عملکرد نایبنا نایابنایان در دو گروه آزمایش و کنترل در مقیاس بهزیستی معنوی در سطح $p \leq 0.05$ معنی‌دار است. به عبارت دیگر می‌توان گفت، تفاوت بین نمرات دو گروه، بیان‌کننده این مطلب است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر افزایش بهزیستی معنوی نایبنا نایابنایان تأثیر دارد. و با در نظر گرفتن مجذور اتا، می‌توان گفت ۸۹٪ این تغییرات ناشی از تأثیر مداخله است.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد در متغیرهای افسردگی و بهزیستی معنوی، در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون مؤثر بوده است.

یافته‌های حاضر با یافته‌های پژوهش‌های مهردوست (۱۳۹۲)، رئیسیان، گلزاری و برجعلی (۱۳۸۹)، بیجاری و همکاران (۱۳۸۷)، رباط میلی، مهرابی، کریمی (۱۳۹۲)، حر، آقایی، عابدی، عطاری (۱۳۹۱)، رجی، بزدخواستی (۱۳۹۳)، نریمانی، عباسی و همکاران (۱۳۹۱)، آنجیولا و بون (۲۰۱۳)، برانستیتر، ویلسون و همکاران (۲۰۰۴)، دзорیلا^۱ (۱۹۸۸)، همسو و همخوان است. به طور مثال زیدان^۲ و همکاران (۲۰۰۹)، 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 این پژوهش می‌توان بیان نمود که تمرينات رویکرد پذیرش و تعهد به فرد کمک می‌کند که افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده کند و آنها را واقایع ذهنی ساده‌ای ببیند که می‌آیند و می‌روند به جای آنکه آنها را به عنوان قسمتی از خودشان، یا انعکاس از واقعیت در نظر بگیرند. این نوع نگرش، مانع تشديد افکار منفی در الگوی نشخوار فکری که مخصوص افراد افسرده است می‌شود. عمل کردن با آگاهی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) باعث کاهش عالیم 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 انرژی آفرین‌اند. 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 بروند 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 انرژی بر فکر چرخی نمی‌کند.

رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اساس این انگاره قرار دارد که رنج روان‌شناختی معمولاً به‌واسطه فرار از تجربیات روان‌شناختی بد، گرفتار شدن در دام افکار خودمان و در نتیجه ناتوانی در زندگی بر اساس ارزش‌های بنیادی شخصی‌مان ایجاد می‌شود. این رویکرد به افراد یاد می‌دهد تا به سرعت رابطه خود با تجارت 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 بروند.

گاهی درباره افسردگی به عنوان 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 بهدلیل 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 می‌زنند 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 افسرده‌وار خود را مورد توجه قرار دهیم و احساساتمان عمداً و کاملاً احساس کنیم آن موقع خواهیم فهمید که حتی علی‌رغم احساسات افسرده‌وار 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.

مراجعان افسرده اغلب از موقعیت‌های اجتماعی کنار می‌کشند تا از افکار ناراحت‌کننده‌ای نظری «من خسته‌کننده هستم؛ چیزی برای گفتن ندارم، از خودم خوش نمی‌آید» و نیز احساسات ناخوشایندی نظری اضطراب و خستگی و ترس از طرد شدن اجتناب کنند. دوری از فعالیت اجتماعی شاید در کوتاه‌مدت حس آسودگی را نتیجه بدهد اما در طولانی‌مدت انزواه اجتماعی پاییز عمر افسرده‌گان را سردتر خواهد کرد. مخصوصاً در دختران نایینا 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 مسئله خود پیدا کنند.

در تبیین یافته‌های فرضیه دوم می‌توان بیان کرد که در آموزش دختران نایبنا به روشن‌سازی اینکه چه چیزی برایشان واقعاً اهمیت دارد و در عمق قلبشان ریشه دارد؛ می‌خواهند چگونه فردی باشند؛ چه چیزی برایشان پرمعنا و مهم است و می‌خواهند در این زندگی چگونه باشند پرداخته شد با استفاده از یادگیری مشاهده که در آن دختران نایبنا از طریق مشاهده آگاهانه خویشتن، نقاط قوت و ضعف خویش را پیدا نموده و به همراه تکنیک پذیرش، سعی در پذیرش آن نقاط قوت و ضعف نمودند. این آموزش در یک معنای کلی موجب بینش فرد در مورد مشکل خویش شد و نقش مهمی در بهزیستی داشت. با این آموزش به دختران نایبنا کمک کردیم تا ارزش‌های شخصی خود را که تاکنون به آنها بی‌توجه بوده مشخص کنند، فعالیت‌های لازم برای رسیدن به این ارزش‌ها تعیین نمایند و در نهایت کمک کردیم افراد فعالیت‌های لازم را برای رسیدن به اهداف خود به انجام برسانند.

در افراد نایبنا که یک نقص جسمی دارند بیشتر به دنبال یک منبع قدرت هستند که به آن متوصل شوند تا بتوانند از پس مشکلات خود برایند و همیشه دنبال یک دلیل برای این نقض خود می‌باشند. با کمک این درمان می‌توان به نایبناها یاد داد که با وجود این نقض هم می‌توان زندگی پربار و بالارزشی داشت که گاهی اوقات خیلی از افراد سالم هم نمی‌توانند به آن دست یابند. همچنین ذهن آگاهی دارای تکنیک‌هایی است که دلسوزی و دوست داشتن نسبت به خویشتن و نسبت به دیگران را ارتقاء می‌بخشد همین امر باعث می‌شود انسان از برای خود و دیگران ارزش و احترام قابل باشد و برای رسیدن به زندگی معنادار که بالاترین مرحله رویکرد تحلیل رفتار متقابل برن که من خوبی تو خوبی است و همچنین بالاترین مرحله نظریه مزلو که خودشکوفایی می‌باشد، تلاش کند.

در این رویکرد به دختران نیز آموزش داده شد که هدف از زندگی سالم این نیست که فرد احساس خوبی داشته باشد بلکه هدف آن فراتر از داشتن یک احساس خوب است. سلامت روان‌شناختی این است که ما همین‌طور که احساسات خوب را تجربه می‌کنیم، احساسات بد را نیز تجربه می‌کنیم. زمانی که تنها احساسات اهمیت پیدا می‌کنند

و اعمال ما را تعیین می‌کنند ما نمی‌توانیم این احساسات را آزادانه و بدون دفاع در کنیم. بر عکس اگر احساسات فقط احساس باشند، همانطور معنا پیدا می‌کنند که عمل می‌کنیم.

۱۳۹۵/۰۴/۲۷

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله:

۱۳۹۵/۰۸/۱۳

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله:

۱۳۹۵/۱۱/۲۴

تاریخ پذیرش مقاله:

منابع

- امامی، ف. (۱۳۸۲). بررسی شیوع افسردگی در دانشجویان علوم پزشکی اردبیل، رساله دکتری پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل.
- ایزدی رو عابدی، م. (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).
- بیجاری، ه. (۱۳۸۷) بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان، پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- حر، م، آقایی، ا، عابدی، ا و عطاری، ع. (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، س؛ مهرابی زاده هنرمند، م؛ زرگر، ا. و کریمی، ر. (۱۳۹۲). تأثیر معنادرمانی گروهی بر افسردگی و امید در دانشجویان، دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۴، ۱۱، ۱۰-۳.
- رجی، س. و یزدخواستی، ف. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام اس، مجله روانشناسی بالینی، ۶(۲۱)، ۳۹-۲۹.
- رئیسیان، گلزاری، م، برجعلی (۱۳۸۹). اثربخشی امید درمانی بر کاهش میزان افسردگی و پیشگیری از عود و در زنان درمانجوى وابسته به مواد مخدر، فصلنامه اعتیاد پژوهشی سوء مواد، ۵-۱۷.
- مهردوست، ز؛ نشاطلوست و حوطابدی، ا. (۱۳۹۲). اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی بر کاهش توجه متمرکز بر خود و بیهود باورهای خودکارآمدی اجتماعی، روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، شماره ۱۵، ۸۲-۶۷.
- نریمانی، م؛ عباسی، م؛ ابوالقاسمی، ع و احمدی، ب. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی آموزش و تعهد با آموزش تنظیم هیجان بر سازگاری دانش‌آموزان دارای اختلال ریاضی، مجله ناتوانی‌های یادگیری، ۴، ۱۵۴-۱۷۶.

Altshuler, L.L., Hendrick, V., & Cohen, L.S. (1998). Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period, *Journal of Clinical Psychiatry*.

-
- Branstetter, AD., Wilson, KG., 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.
- Cruickshank, W.M. (1971). *Psychology of Exceptional children and youth*. prentice-hall inc, Englewood Cliffs, New Jersey 07632.
- Hawks, S.R., Hull, M.L., Thalman, R.L., & Richins, P.M. (1995). Review of Spiritual Health: Definition, Role, and Intervention Strategies in Health Promotion, *AMERICAN JOURNAL OF HEALTH PROMOTION*, 9, 376-384.
- Jaarsma, T., Beattie, J.M., Ryder, M., Rutten, F.H., McDonagh, T., Mohacs, P. & McMurray, J. (2009). Palliative care in heart failure: a position statement from the palliative care workshop of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, *European journal of heart failure*, 11(5), 433-443.
- Li CC, Rew L, & Hwang SL. (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):161-69.
- Zeidan, F., Johnson, SK., & Diamond, BJ. (2010). *Mindfulness meditation improves cognition*: Evidence of brief mental training Conscious Cong, 19(2): 597-6-5.