Iranian Journal of Nursing Research (IJNR) Original Article
June-July 2019, Volume 14, Issue 2 DOI: 10.21859/ijnr-140210

The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on g reduce Cognitive Conflicts and Negative Self-coming Thoughts

Ezatollah Ghadampour [1], Zahra Maramazipour [2], Mehra Ranjbordar [3], Arman Aj [4,*], Saeed Pireinoldin [5], Mahdi Yousefvand [6]

[1] Associate Professor of Educational Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran
[2] Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University of Andimeshk, Andimeshk, Iran
[3] Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Roudhen Branch, Roudehen, Iran
[4] Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University,Azadshahr Branch ,Azadshahr, Iran
[5] Master of Family Counseling, Kharazmi University of Tehran, Iran
[6] Ph.D. in Educational Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran
* **Corresponding author:** Arman Aj, Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University,Azadshahr Branch ,Azadshahr, Iran. E-mail: Arman_aj7@yahoo.com

Received: 13 Oct 2018 **Accepted:** 17 Apr 2019

Abstract

Introduction: Depression in the elderly is one of the most important issues in the field of psychological science. A review of research has shown that more than thirty-two percent of the elderly suffer from clinical depression at least once. Depression affects the elderly with problems such as poor social skills, negative self-concept, mental-physical, cognitive, and severe anxiety. The aim of this study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce cognitive conflicts and negative self-coming thoughts elderly patients with depression city Khorramabad.

Methods: This quasi-experimental study in which the pretest - posttest control group was used. The sample consisted of 30 subjects from among the elderly (60 years and above) with depression Sheltered well-being of Khorramabad were selected and randomly assigned to experimental groups (based on acceptance and commitment therapy) and control group were assigned. Intervention in the experimental group received eight sessions of treatment based on acceptance and commitment. During this period, the control group received no intervention. To collect data reduce cognitive conflicts and negative self-coming thoughts Scale and Beck depression Inventory II scales the pre-test and post-test for both experimental and control groups were used.

Results: Data were analyzed using multivariate analysis of covariance. Data analysis software program (SPSS.21) was performed. The results of covariance analysis showed a significant difference between the two groups. The findings showed that the level of reduce cognitive conflicts and negative self-coming thoughts in the experimental group was significantly lower than the control group.

Conclusions: Covariance analysis showed significant differences between the two groups. Results showed that treatment based on acceptance and commitment is effective in reducing cognitive conflicts and negative self-coming thoughts. It is suggested that acceptance and commitment therapy in relevant organizations, such as those of welfare, faced with elderly people with depression, be optimized to reduce cognitive conflicts and negative self-coming thoughts.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Elderly, Cognitive Conflicts, Negative Self-coming Thoughts

© 2019 Iranian Nursing Scientific Association (INA)

نشریه پژوهش پرستاری ایران
مقاله پژوهشی
خرداد و تیر ۱۳۹۸، دوره ۱۴، شماره ۲
DOI: 10.21859/ijnr-140210

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش تضاد شناختی و افکار خودآیند منفی

عزت اله قدم‌پور [۱]، زهرا مرمزی‌پور [۲]، مهرا رنجبردار [۳]، آرمان آج [۴،*]، سعید پیرعین‌الدین [۵]، مهدی یوسف‌وند [۶]

[۱] دانشیار، روانشناسی تربیتی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران
[۲] کارشناس ارشد روانشنای بالینی، واحد اندیمشک، دانشگاه آزاد اسلامی، اندیمشک، ایران
[۳] کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران
[۴] کارشناس ارشد مشاوره خانواده، واحد آزادشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزادشهر، ایران
[۵] کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
[۶] دکتری تخصصی روانشناسی تربیتی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران
[*] **نویسنده مسئول**: آرمان آج، کارشناس ارشد مشاوره خانواده، واحد آزادشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزادشهر، ایران. ایمیل: Arman_aj7@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۷/۲۱ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۳۹۸/۰۱/۲۸

چکیده

مقدمه: افسردگی در سالمندان از موضوعات مهم در گستره علم روان‌شناختی است. بازنگری پژوهش‌ها نشان داده است که بیش از سی و دو درصد سالمندان حداقل یک بار به افسردگی بالینی دچار می‌شوند. افسردگی، سالمندان را با مشکلاتی همچون ضعف مهارت‌های اجتماعی، افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی، تضاد شناختی و اضطراب شدید روبه رو می‌کند. هدف اصلی این پژوهش، تعیین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش تضاد شناختی و افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی سالمندان مبتلا به افسردگی شهر خرم‌آباد بود.

روش کار: این پژوهش به صورت شبه‌تجربی بود که در آن از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. نمونه پژوهش ۳۰ آزمودنی بود که از میان سالمندان (۶۰ سال به بالاتر) دارای افسردگی مراکز تحت پوشش بهزیستی شهر خرم‌آباد انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گواه گمارده شدند. در مرحله مداخله گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند. در طی این مدت گروه کنترل هیچ نوع مداخله‌ای دریافت نکرد. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس تصویر بدنی، پرسشنامهٔ افسردگی بک ویرایش دوم و مقیاس تضاد شناختی و افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای دو گروه آزمایشی و گواه استفاده شد.

یافته‌ها: داده‌های پژوهش با روش تحلیل کواریانس چندمتغیری تجزیه و تحلیل شدند. تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار اس.پی.اس.اس انجام گرفت. نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت معنی‌داری بین دو گروه نشان داد. یافته‌ها نشان داد که میزان تضاد شناختی و افکار خودآیند منفی ذهنی – بدنی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌دارتری داشته است.

نتیجه گیری: یافته‌ها حاکی از آن بودکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درکاهش تضاد شناختی و افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی اثربخش است. پیشنهاد می‌شود که از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سازمان‌های مربوطه همانند بهزیستی، که با سالمندان مبتلا به افسردگی روبه رو هستند، برای کاهش تضاد شناختی و افکار خودآیند منفی استفاده بهینه کرد.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سالمندان، تضاد شناختی، افکار خودآیند منفی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

افسردگی (Depression) یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است [۱]، که شیوع رو به رشد آن به یک نگرانی جهانی تبدیل شده و تخمین زده می‌شود که تا سال ۲۰۲۰ به دومین بیماری رایج در دنیا تبدیل شود [۲]. پژوهشگران علوم بهداشت روانی - رفتاری بر این باور هستند که بر طبق آمارهای بین‌المللی بین ۱۵ درصد از افراد سنین ۱۵ تا ۷۴ سال که به پزشکان مراجعه می‌کنند، دارای علائم بارز افسردگی مانند

عدم توانایی تفکر، تمرکز، یا تصمیم‌گیری هستند، تصویر بدنی منفی (Negative body image) دارند، دچار تضاد شناختی (Cognitive conflict) می‌شوند، نیاز به کنترل افکار (Need to control thoughts) در آن‌ها دیده می‌شود، احتمال دارد به آسانی دچار حواس‌پرتی و یا مشکلات حافظه شوند [۳]. فشار سنگین عاطفی، اجتماعی و اقتصادی، برای مبتلایان به اختلال افسردگی، خانواده آن‌ها و اجتماع از یک سو و شیوع فزاینده سالانه ۲/۹ تا ۶/۱۲ درصد در جمعیت عمومی باعث شده است که توجه به درمان و یا کاهش میزان نشانگان این اختلال در افراد مبتلا بیشتر از گذشته شود [۴]. از دیگر پیامدهای ناخوشایند افسردگی، افزایش تضاد شناختی، کاهش باورهای فراشناختی (Metacognitive beliefs) مثبت مانند خودآگاهی شناختی (Cognitive self-awareness) و کاهش کیفیت زندگی است که می‌تواند تأثیرات عمده‌ای بر زندگی فرد بگذارد [۵]. افسردگی یک عامل پیش‌بین قوی است که باعث آسیب‌هایی مانند تضاد شناختی، افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی می‌شود [۶]. یافته‌های پژوهشی جدید حاکی از آن است که حتی سطوح خفیف افسردگی با افزایش معنی‌دار تضاد شناختی، باورهای فراشناختی منفی وکاهش باورهای فراشناختی مثبت همراه است [۷].

از طرفی افسردگی در سالمندان از موضوعات مهم در گستره علم روان‌شناختی است. فیشر، مورفی، کوردیاک و گولدنر [۸] با بازنگری پژوهش‌ها نشان دادند که بیش از ۳۲ درصد سالمندان حداقل یک بار به افسردگی بالینی دچار می‌شوند. آن‌ها افسردگی سالمندان را با مشکلاتی همچون ضعف مهارت‌های اجتماعی، افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی، تضاد شناختی و اضطراب شدید مرتبط است. به این خاطر که متغیرهای وابسته در این مطالعه افکار خودآیند منفی ذهنی – بدنی و تضاد شناختی هستند تعریفی مختصر از هر متغیر ارائه می‌کنیم. افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی موضوع مهمی هم از لحاظ پژوهش و هم از لحاظ نظریه‌پردازی می‌باشد، زیرا بسیاری از فرآیندهای دخیل در آن در بسیاری از اختلالات روان‌شناختی دیگر نقش دارند [۹]. تصویر بدنی به معنای بازنمایی درونی ظاهر بیرونی فرد است که این بازنمایی، ابعاد جسمانی، ادراکی و نگرش نسبت به آن‌ها را در بر می‌گیرد وحال آن‌که تصور نادرست و ناامیدکننده شکل ظاهری باعث احساس و ادراکی در فرد تحت نام افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی می‌شود [۱۰]. از طرفی شواهدی دیگری هم وجود دارد که نشان می‌دهدتضاد شناختی -فکری با افسردگی رابطه دارد [۱۱] طبق نظریه نالن-هوکسما و مورو [۱۲]، تضاد شناختی -فکری حالت خلقی فرد در پاسخ به پریشانی است و شامل تمرکز مکرر و منفعل بر علایم پریشان‌کننده، علل و پیامدهای این علایم می‌شود [۱۳]. همچنین، ممکن است به عنوان راهبردی برای مقابله با خلق منفی مورد استفاده قرار گیرد، اما برعکس اغلب منجر به کاهش بیشتر خلق می‌شود [۱۴].

در تبیین علل افسردگی نظریه‌های متفاوتی مطرح شده‌اند. از دیدگاه بالینی، افسردگی نشانگانی است که تحت سلطه خلق افسرده است و بر اساس بیان لفظی یا غیر لفظی عواطف غمگین اضطرابی یا حالت‌های برانگیختگی نشان داده می‌شود [۱۴]. سقوط غیر قابل توجیه تنود حیاتی که این حالت در قلمرو بدنی با خستگی دائم آشکار می‌شود، در قلمرو شناختی به صورت پراکندگی دقت و مشکل کوشش فکری و در قلمرو عاطفی به شکل حالتی مالیخولیایی که با هشیاری فرد نسبت به ناتوانمندی واکنش همراه است متجلی می‌شود [۱۵]. ویژگی اصلی افسردگی، یک دوره زمانی حداقل ۲ هفته است که در ضمن آن یا خلق افسرده یا بی‌علاقگی و یا فقدان احساس لذت تقریباً در همه فعالیت‌ها وجود دارد. همچنین در کنار این نشانه‌ها در فرد، نشانه‌های دیگری مثل احساس بی‌ارزشی، تصویر بدنی تحریف شده، تضاد شناختی، کاهش انرژی، اشکال در تفکر یا تصمیم‌گیری، تغییر در اشتها، تغییر وزن و پرخوری افراطی دیده می‌شود [۱۵].

رویکردهای درمانی مختلفی برای کاهش یا از بین بردن افسردگی و نشانگان آن استفاده می‌شود که در حال حاضر درمان‌های شناختی رفتاری و به‌ویژه رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT: Acceptance and Commitment Therapy) به‌عنوان روش درمانی مؤثری برای درمان و کاهش علائم افسردگی به می‌رود [۱۶]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، یکی از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی است که توسط استیون هیز و همکارانش در ابتدای دهۀ ۱۹۸۰ معرفی و با نام اختصاری ACT شناخته شده است [۱۷]. ACT در اصل یک رفتاردرمانی بوده که موضوع آن عمل است اما نه هر عملی، بلکه عملی که اولاً ارزش محور باشد. این رویکرد درمانی به مراجع کمک می‌کند آنچه واقعاً برایش مهم است را بشناسد و سپس از او می‌خواهد از این ارزش‌ها برای هدایت تغییرات رفتاری در زندگی استفاده کند. دوم عملی که ذهن‌آگاهانه باشد، عملی که با هشیاری و حضور کامل انجام می‌شود گشوده بودن نسبت به تجربه و مشارکت کامل در آنچه انجام می‌شود [۱۸]. در این نوع درمان سعی می‌شود پذیرش روانی فرد نسبت به تجارب ذهنی‌اش را افزایش داده و در مقابل اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد [۱۹]. به طور کلی در روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد روی تغییر و اصلاح ارتباط فرد با افکارش تمرکز می‌گردد [۲۰]. در این راستا آلونسو فرناندز [۲۱] به بررسی اثر بخشی ACT بر کاهش افکار خودآیند منفی ذهنی – بدنی و تضاد شناختی سالمندان افسرده پرداخته و به این نتیجه رسیده است که این روش درمانی باعث کاهش معنی‌دار در میزان افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی و تضاد شناختی می‌شود. زتل و هیز (۱۹۸۶ به نقل از هیز، پیسترلو و بیگلند) [۲۲] در مطالعه خود با عنوان مقایسه اثربخشی ACT و CBT بر علائم افسردگی نشان دادند که ACT اثربخش‌تر از CBT بر روی افسردگی می‌باشد. پژوهش‌های بستامی و همکاران و حر و همکاران نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بر کاهش علائم افسردگی همچون تضاد شناختی در افراد مبتلا به دیابت تأثیر معنی‌داری داشته باشد.

این در حالی است که برخی مطالعات نشان داده‌اند که ACT بر تغییر سطح نشانگان افسردگی بزرگسالان همچون تضاد شناختی و باورهای منفی تأثیر معنی‌داری ندارد [۲۳]. در این مطالعه که روی بیماران دچار اختلال افسردگی عمیق انجام شد نتایج نشان داد که ACT سطح تضاد شناختی و باورهای منفی را کاهش می‌دهد ولی میزان کاهش معنی‌دار نبوده است. یکی از بررسی‌های مهم در زمینه درمان افسردگی سالمندان به روش درمان ACT توسط بوهلمیجر، لامرز و فلدراس [۲۴] صورت گرفت. او به بررسی افسردگی و عوامل همراه در سالمندان پرداخت. نتایج نشان داد که ۴۵ درصد سالمندان دارای اختلال افسردگی هستند. همچنین، مشخص شده است که در افسردگی در

بین سالمندان زن نسبت به سالمندان مرد شایع‌تر است. از دیگر یافته‌های این مطالعه این بود که درمان ACT به طور معنی‌داری باعث کاهش افکار خودآیند منفی ذهنی – بدنی در سالمندان افسرده شده است. این در حالی است که برخی مطالعات دیگر نیز نشان داده‌اند که ACT بر تغییر سطح یا کاهش افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی تأثیر معنی‌داری ندارد [۲۵]. جانسن و موریس [۲۶] (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای با عنوان بررسی اثربخشی درمان ACT بر کاهش نشانگان افسردگی سالمندان مبتلا به افسردگی نشان دادند که درمان ACT باعث کاهش سطح تضاد شناختی سالمندان افسرده می‌شود. ویکسل، دال، مگنوسن و اُلسون [۲۷] در مطالعه خود نشان دادند که بهترین راهکار درمانی برای کاهش افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی در بین سالمندان مبتلا به افسردگی شدید رویکرد درمان ACT هست. هرچند نتایج مطالعات دیگری در تناقض با نتایج مطالعات بیان شده، نشان داده‌اند که روش درمانی ACT بر کاهش نشانگان افسردگی و اضطراب از جمله تضاد شناختی هافمن [۲۸]، و افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی [۲۹] تأثیر معنی‌داری ندارد. باتوجه به نتایج پژوهش‌های انجام شده، مشخص است که اولاً موضوع افسردگی سالمندان باید مورد مطالعه علمی و دقیق‌تری قرار گیرد؛ دوما نتایج مطالعات پیرامون تأثیر روش ACT بر میزان تضاد شناختی و افکار خودآیند منفی تقریباً متناقض است. به طور کلی این مطالعه با هدف بررسی دقیق‌تر موضوع افسردگی در سالمندان، بررسی تأثیر روش ACT بر میزان افسردگی، و همچنین پر کردن شکاف ناشی از تناقضات موجود در نتایج مطالعات قبلی، صورت گرفته است. بنابراین هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان ACT در کاهش تضاد شناختی و افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی سالمندان افسرده می‌باشد.

روش کار

این پژوهش به صورت آزمایشی بود که درآن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گـواه اسـتفاده شد. در این پژوهش درمان به عنوان متغیر مستقل محسوب می‌شود که سطوح آن روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و عدم مداخله است. متغیرهای تضاد شناختی و افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شده‌اند. شرکت کنندگان مطالعه حاضر شامل کلیه سالمندان مبتلا به افسردگی مراکز بهزیستی شهر خرم آباد بودند که تعداد آن‌ها بر اساس آماری که از معاونت اجتماعی سازمان بهزیستی مرکز خرم‌آبادگرفته شد برابر با ۸۹۵ نفر بودند. نمونه به روش تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شد. حجم نمونه نیز بر مبنای دیدگاه کوهن برای مطالعات آزمایشی ۳۰ آزمودنی برآورد شد که بعد از غربال‌گری اولیه به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. پرسشنامهٔ افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II: Beck depression inventory II): این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۶۳ توسط بک [۳۰] تدوین شد و در سال ۱۹۹۴ مورد تجدیدنظر قرار گرفت. این مقیاس، یک پرسشنامهٔ خودگزارشی ۲۱ آیتمی است که برای سنجش شدت افسردگی و تعیین نشانگان افسردگی در جمعیت بیماران روانپزشکی و تعیین افسردگی در جمعیت عادی کاربرد دارد. نمرات این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای (۳-۰) برای عدم وجود نشانهٔ خاص تا بیشترین درجه وجود آن در دامنهٔ صفر تا ۳ قرار گرفته که نمرات درنهایت بین ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرند. مطالعات روان‌سنجی انجام شده با استفاده از این پرسشنامه نشان می‌دهد که از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار است. بک و همکارانش با بررسی پژوهش‌هایی که از این ابزار استفاده کرده بودند دریافتند که ضریب اعتبار آن با استفاده از شیوه بازآزمایی، برحسب فاصله بین دفعات اجرا و نیز نوع جمعیت مورد آزمون از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ متغیر بوده است. بک و همکاران بار دیگر در سال ۱۹۹۶ ضریب اعتبار بازآزمایی آزمون در فاصله یک هفته‌ای را ۰/۹۳ به دست آوردند. در مورد روایی پرسش‌نامه افسردگی بک نیز پژوهش‌های مختلفی انجام شده است. میانگین همبستگی پرسش‌نامه افسردگی بک با مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی همیلتون (HRSD)، مقیاس خودسنجی زونگ، مقیاس افسردگی MMPI، مقیاس صفات عاطفی چندگانه افسردگی و SCL-۹۰، بیش از ۰/۶۰ است [۳۱] همچنین قاسم‌زاده و همکاران [۳۲] ضریب آلفای این پرسشنامه را (α = ۰/۰۸۷)، ضریب بازآزمایی آن را (r = ۰/۷۴) و همبستگی آن با پرسشنامهٔ افسردگی بک ویرایش اول را (۰/۹۳) گزارش کردند. مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس DSM-IV-TR: علیرغم اینکه مصاحبه ساختاریافته بر اساس DSM-5 نیز در مهروموم‌های اخیر در دسترس متخصصان می‌باشد اما با توجه به اینکه شاخص‌های روان‌سنجی DSM ازجمله پایایی و روایی آن فعلاً تا نسخهٔ تجدیدنظرشدهٔ IV در ایران، آن‌هم توسط شریفی و همکاران [۳۳] به دست آمده است و تأیید شده است در این پژوهش از این نسخه که از مناسب بودن میزان پایایی و روایی آن در ایران اطمینان داریم استفاده شد که نتایج یکسانی را به دست می‌دهد. نسخه مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I، مصاحبه انعطاف‌پذیری است که توسط فرست و همکاران تهیه شده است [۳۳]. از این مصاحبه برای تشخیص اختلال افسردگی اساسی و تمایز آن از سایر اختلالات استفاده می‌شود. نتایج پژوهش‌ها و مطالعات نشانگر این است که مصاحبهٔ حاضر از روایی و پایایی خوبی برای تشخیص اختلالات روانی است [۳۴]. مقیاس افکار خودآیند ذهنی - بدنی :(FBIS) مقیاس افکار خودآیند ذهنی - بدنی، در سال ۱۹۷۹ توسط فیشر ساخته شده و دارای ۴۶ ماده است. که هر ماده دارای ارزشی بین ۱ تا ۵(خیلی ناراضی=۱، ناراضی=۲، متوسط=۳، راضی=۴، خیلی راضی=۵) است. کسب نمره ۴۶ در این آزمون نشان دهنده اختلال و نمره بالاتر از ۴۶ عدم اختلال است. اعتبار این آزمون توسط محمدی و سجادی‌نژاد [۳۵] در ایران مورد بررسی قرار گرفته است. ضریب همبستگی محاسبه شده آزمون در اجرای اول و اجرای دوم به روش پیرسون برای دانش‌آموزان سال اول ۰/۸۱، دانش‌آموزان سال دوم ۰/۸۴، دانش‌آموزان سال سوم ۰/۸۷ و جمع دانش‌آموزان ۰/۸۴ می‌باشد. با توجه به سطح معنی‌داری این ضریب (P < ۰/۰۰۱) می‌توان پذیرفت که بین نمرات حاصل از اجرای اول آزمون نمرات حاصل از اجرای دوم آزمون همبستگی معنی‌داری وجود دارد. همچنین اعتبار این آزمون توسط امینیان [۳۶] در ایران مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. درتحقیق زنجانی و گودرزی [۳۷] پایایی پرسشنامه تصویربدنی با دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف به دست آمده است که به ترتیب برابر ۰/۹۶ و ۰/۸۹ به دست آمده است. مقیاس پاسخ تضاد شناختی – فکری (RRS: Ruminative Response Scale): این مقیاس توسط ترینور و همکاران [۳۸] تدوین شده است. این مقیاس، ابزاری ۱۰ ماده‌ای و از نوع لیکرت چهار درجه‌ای

است که در دامنه‌ای از ۱ (تقریباًهرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. آن‌ها باتحلیل مولفه‌های اصلی این مقیاس، ساختاری متشکل از دو مؤلفه در فکر فرو رفتن و تعمق را گزارش کردند. در این مقیاس ۵ سؤال (۱ – ۳ – ۵ – ۹ و ۱۰) خرده مقیاس تعمق و ۵ سؤال (۲ – ۴ – ۶ – ۷ و ۸) خرده مقیاس در فکر فرو رفتن را می‌سنجند. همچنین، اعتبار این مقیاس و خرده‌مقیاس‌های آن را، یعنی در فکر فرو رفتن و تعمق، به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ)، به ترتیب برابر ۰/۸۵، ۰/۸۰ و ۰/۷۶ گزارش کردند. در فکر فرو رفتن نشان‌دهنده مقایسه انفعالی وضعیت فعلی فرد با معیارهای دست نیافتنی است. فرایند نابهنجاری است که با برخی معیارهای دست نیافتنی ارتباط دارد و با افزایش افسردگی ارتباط دارد. تعمق نیز به درجه اشتغال افراد به مساله گشایی شناختی برای بهبود خلق اشاره دارد و به کاهش علایم افسردگی افراد کمک می‌کند. بعلاوه، نشان دادند که این مقیاس دارای اعتبار درونی خوب و روایی پیش‌بین بالایی است [۳۹]. منصوری و همکاران [۴۰] اعتبار نسخه ۲۲ سوالی RRS نالن-هوکسما [۴۱] را که مقیاس فعلیترینور و همکاران [۴۲] مستخرج از آن می‌باشد را ۰/۹۰ گزارش کردند. در پژوهش حاضر اعتبار این مقیاسو خرده‌مقیاس‌های آن به روش همسانی درونی، به ترتیب برابر ۸۵/ ۰، ۷۳/ ۰ و ۸۲/ ۰ بود. آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: چهارچوب کلی جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس راهنمای درمانی هیز و همکران [۴۲] و ترخان [۴۳] تهیه، تدوین و استفاده شده و اعتبار و اثربخشی آن مورد تأیید قرار گرفته است. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مجموعه‌ای از تمرینات تجربی و استعاره‌ها با مداخلات استاندارد رفتاری ترکیب می‌شود تا پذیرشِ بدون قضاوت تجربیات درمانی، فرد را پرورش دهد. این پذیرش تجربی به‌تنهایی یک هدف نمی‌باشد بلکه با ارتقای عمل در جهت اهداف مناسب شخصی مرتبط می‌باشد.

داده‌های مطالعه حاضر با استاده از روش‌های آمار توصیفی (انحراف استاندارد و میانگین) و استنباطی (تحلیل کوواریانس تک متغیری و چند متغیری) تجزیه و تحلیل شدند. بدین صورت که پس از جمع‌آوری اطلاعات، جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها به وسیله نرم‌افزار SPSS21 با استفاده از برنامه آماری تجزیه وتحلیل شد. پس از استخراج اطلاعات، از آمار توصیفی و استنباطی جهت تجزیه وتحلیل اطلاعات استفاده گردید. برای تحلیل داده‌های پژوهش ابتدا از آزمون‌های کلوموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن متغیرهای کمی استفاده شد. در آمار استنباطی به منظور مقایسه وضعیت متغیرها از آزمون‌های آماری پارامتریک و ناپارامتریک استفاده شد. آزمون‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری و تک متغیری بدین جهت استفاده شده است که نمرات پیش‌آزمون آزمودنی‌ها کنترل شود و ضمن مقایسه نمرات پس‌آزمون گروه‌های کنترل و آزمایش، مشخص شود که تغییرات حاصل شده در پس‌آزمون نمرات گروه آزمایش حاصل مداخله آزمایشی بوده است. ملاحظات اخلاقی در کلیه مراحل مطالعه رعایت شد.

جدول ۱: جلسات ACT (اقتباس از ترخان، ۱۳۹۶)

شماره جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	نوع تکلیف
اول	بیان کلیات	برقراری رابطه اعضا و آشنا کردن آن‌ها با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسشنامه و بستن قرارداد	افزایش خود مهربانی	تمرین بحث گروهی و تعاملات دو و چند نفره
دوم	ارائه راهبرد درمانی	بررسی و بحث درباره فنون درمانی و ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها	افزایش نوع دوستی	تمرین توجه
سوم	تشخیص راهبردهای ناکارآمد و پذیرش وقایع ناراحت کننده	کمک به تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پذیرش وقایع شخصی دردناک	افزایش ذهن‌آگاهی	تمرین گوش دادن فعال
چهارم	ایجادآگاهی شناختی	توضیح درباره اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش پذیرش و تن‌آرامی، تغییر مفاهیم زبان	افزایش حفظ توجه	تمرین الگوها و نقش‌های مختلف در گروه
پنجم	تلاش برای تغییر رفتار ناراحت کننده	معرفی مدل سه بعدی رفتاری جهت بیان مشترک رفتار، احساسات، کارکردهای روانشناختی و تلاش برای تغییر	کاهش تضاد شناختی و افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی	تمرین پذیرش مشکلات و ناراحتی‌ها
ششم	ایجادآگاهی شناختی و احساسی	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف	افزایش خودکنترلی	تمرین جداسازی شناختی
هفتم	ایجاد انگیزه برای تغییر رفتار	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند کردن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکزی	افزایش ارزیابی شناختی و کاهش تضاد شناختی	تمرین مفهوم بودن در زمان حال
هشتم	آموزش تعهد به عمل و جمع‌بندی کلی	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها، جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون.	کاهش انزوا و تشخیص افراطی بر اساس مجموعه برنامه‌های تمرینی.	تمرین تعهد به اجرای تغییرات

روش کار

ابتدا هماهنگی‌های لازم و مکاتبات اداری با معاونت اجتماعی سازمان بهزیستی مرکز خرم‌آباد انجام گرفت، سپس با مراجعه به سرای سالمندان تحت پوشش اداره مربوطه، مسئولین توجیه شدند. درمرحله اول، ۳۸۰ سالمند از بین مراکز تحت پوشش بهزیستی شهر خرم‌آباد به صورت تصادفی خوشه‌ای انتخاب شد. سپس سالمندانی که نمره بالایی (نقطه برش ۱۰) در مقیاس افسردگی روانی کسب کردند، شناسایی و توسط یک روانپزشک که به عنوان همکار آزمایشگر در مطالعه حاضر بود، مورد مصاحبه بالینی (طبق ملاک‌های راهنمای تشخیصی آماری نسخه پنجم) قرار گرفتند. آزمودنی‌های دارای افسردگی به صورت تصادفی به دو گروه به شرح زیر گمارده شدند:۱۵ نفر برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (گروه آزمایش) و ۱۵ نفر برای لیست انتظار (گروه گواه). سپس هر دوگروه در مرحله پیش‌آزمون مقیاس تضاد شناختی و پرسش‌نامه نگرانی در مورد تصویر بدنی را تکمیل کردند. دو هفته پس از درمان

مجـدداً از آزمودنی‌های دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و سرانجام داده‌هـای حاصله با روش‌های آماری مورد تجزیه و تحلیل قرارگرفتند. ملاک‌هـای شـمول عبـارت بودنـد از: سالمند بودن (۶۰ سال به بالا)، افسرده بودن، عدممصـرف داروهـای روان‌گـردان، عـدم ابتلا به اختلالات روانی و شخصیتی(بـا مصـاحبه بـالینی که توسط روانپزشک صورت گرفت، عـدم شـرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی و عدم دریافت مشـاوره فردی یا دارو درمانی. ملاک‌هـای خـروج عبـارت بودنـد از: ابتلا به بیماری‌های حاد و مزمن جسمی، شروع به مصـرف داروهـای روان‌گردان، شرکت همزمان در سایر برنامه‌هـای درمـانی، ودریافت مشاوره فردی یا دارودرمانی. لازم به ذکر است افرادی که در لیست انتظار بودند بعد از انجام پژوهش به صورت داوطلبانه تحت درمان قـرارگرفتند.

یافته‌ها

در جـدول ۳ میـانگین و انحـراف اسـتاندارد نمرات متغیرها در پس‌آزمـون و پـیش‌آزمـون گـروه‌هـای آزمایش و گواه ارائه شده است. بر اساس یافته‌های جدول ۳ بیشترین میانگین در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه گواه برای متغیر افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی (۱۱۷/۴۳ و ۱۱۶/۲۰) و کمترین میانگین برای متغیر تضاد شناختی (۱۸/۱۲ و ۲۱/۲۱) می‌باشد؛ و بیشترین میانگین در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش برای متغیر افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی (۱۱۵/۸۹ و ۷۰/۳۱) و کمترین میانگین برای متغیر تضاد شناختی (۱۸/۴۱ و ۱۰/۱۷) می‌باشد. از جمله پیش‌فرض‌هایی که در تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) منظور می‌گردد، فرض نرمال بودن توزیع با استفاده از آزمون (کولموگروف – اسمیرنوف) یا (K-S) است. این بررسی روی متغیرهای پژوهش انجام شد.

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه مورد مطالعه

مشخصات	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
سن		۸۲/۵۸	۶/۷۳
بین ۷۵-۶۰	۵		
بین ۹۵-۷۵	۲۲		
از ۹۵ به بالا	۳		
شغل			
دولتی	۱۱		
غیر دولتی	۷		
بیکار	۱۲		
تحصیلات			
دیپلم	۸		
فوق دیپلم	۱۳		
لیسانس و بالاتر	۹		

جدول ۳: اطلاعات توصیفی برای متغیرهای تضاد شناختی و افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی در دو نوبت پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک دو گروه

گروه	گواه				آزمایش			
موقعیت	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
متغیرها	میانگین	انحراف استاندرد	میانگین	انحراف استاندرد	میانگین	انحراف استاندرد	میانگین	انحراف استاندرد
تضاد شناختی	۱۸/۱۲	۳/۵۲	۱۹/۲۱	۳/۶۳	۱۸/۴۱	۴/۹۵	۱۱/۵۲	۳/۳۱
افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی	۱۱۷/۴۳	۷/۲۱	۱۱۶/۲۰	۸/۳۱	۱۱۵/۸۹	۸/۵۱	۷۰/۳۱	۴/۶۳

همان‌طور که از یافته‌های جدول ۴ استنباط می‌شود، از آن‌جا که سطح معنی‌داری به دست آمده در آزمون K-S، در اکثر متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه، بیش از مقدار ملاک ۰/۰۵ می‌باشد، در نتیجه می‌توان گفت که توزیع متغیرهای مورد بررسی در نمونه آماری داری توزیع نرمال می‌باشد و می‌توانیم فرضیه‌های پژوهش را از طریق آزمون‌های پارامتریک مورد آزمون قرار دهیم. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های مربوط به تفاوت بین دو گروه کنترل و آزمایش از لحاظ مولفه‌های افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی و تضاد شناختی از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکُوا) بهره گرفته شد. قبل از به کارگیری آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره مفروضه‌های آن به وسیله آزمون باکس، لامبدای ویلکز و آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت. به همین منظور برای بررسی پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس مولفه‌های افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی و تضاد شناختی در گروه‌های مورد پژوهش نیز از آزمون M باکس استفاده شد.

جدول ۵ نشان می‌دهدسطح معناداری P>۰/۰۵ می‌باشد که گویای آن است شرط همگنی ماتریس واریانس –کواریانس برای مولفه‌های تضاد شناختی (F = ۱/۰۱ و P>۰/۰۵) و افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی (F = ۱/۹۶۸ و P>۰/۰۵) به خوبی رعایت شده است.

نتایج جدول ۶ گویای آن است که واریانس‌های مولفه‌های افکار خودآیند منفی ذهنی – بدنی و تضاد شناختی در دو گروه با هم برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معنی‌داری ندارند، که این یافته، پایایی نتایج بعدی را نشان می‌دهد. نتیجه آزمون کرویت بارتلت از لحاظ آماری معنادار می‌باشد به این معنا که فرض صفر مبنی بر ناهبسته بودن داده‌ها رد و فرض خلاف مبتنی بر همبسته بودن داده‌ها تأیید می‌شود. یعنی این آزمون نشان داد که ماتریس همبستگی مشاهده شده متعلق به جامعه‌ای با متغیرهای همبسته است. و لذا می‌توان تحلیل واریانس و کوواریانس را انجام داد.

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها بیانگر آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (مولفه‌های تضاد شناختی و افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی) میانگین گروه آزمایشی را نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون افزایش داده است (F = ۱۶/۸۵۲ ،P = ۰/۰۰۱). برای پی بردن به تفاوت، نتایج حاصل از تحلیل مانکوا، در جدول ۸ ارائه شده است که میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۶۷ درصد می‌باشد. یعنی ۶۷ درصد از تفاوت‌های فردی نمرات مولفه‌های تضاد شناختی و افکار

خودآیند منفی ذهنی - بدنی به تأثیر عضویت گروهی می‌باشد. توان آماری نزدیک به یک هم نمایانگر کفایت حجم نمونه است.

جدول ۴: آزمون فرض نرمال بودن توزیع متغیرها

گروه	K-S	α
تضاد شناختی		
کنترل	۰/۹۲	۰/۳۶۱
آزمایش	۰/۸۵	۰/۳۰۱
افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی		
کنترل	۱/۰۲	۰/۶۷۱
آزمایش	۲/۵۲	۰/۷۰۴

مندرجات جدول ۸ نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل در کاهش تضاد شناختی و افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی سالمندان افسرده تأثیر مثبت و معنی‌داری داشته است.

جدول ۵: نتایج آمون باکس جهت بررسی پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس – کوواریانس در مولفه‌های تضاد شناختی و افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی

مؤلفه	BOXES M	F	P
تضاد شناختی	۶/۰۲۲	۱/۰۱	۰/۴۰۱
افکار خودآیند منفی ذهنی- بدنی	۸/۳۸۹	۱/۹۶۸	۰/۷۱۱

جدول ۶: نتایج آزمون لوین جهت بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌های مولفه‌های تضاد شناختی و افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی

متغیرها	F	df1	df2	P
افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی	۵/۰۲۸	۱	۵۸	۰/۲۱۴
تضاد شناختی	۲/۶۳۰	۱	۵۸	۰/۱۳۶

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش تضاد شناختی و افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی سالمندان مبتلا به افسردگی انجام شده است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی و تضاد شناختی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است. به عبارت دیگر افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی و تضاد شناختی در افرادی‌که در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کرده بودند در مقایسه با گروه گواه کاهش معنی‌داری داشته است. این یافته‌ها با نتایج مطالعات [۱۶, ۲۱, ۲۲, ۲۴, ۲۶, ۲۷] همسو و با نتایج مطالعات [۲۳, ۲۵, ۲۸, ۲۹] ناهمسو است. در تبیین یافته‌های این مطالعه می‌توان گفت که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از شیوه‌های شناختی نظیر ارزیابی و آشنایی با مفاهیمی همانند افکار خودآیند منفی ذهنی – بدنی و ناامیدی برای بهبود تحریفات شناختی و باورهای مربوط به تصویر بدن، استفاده می‌شود. بنابراین برای سالمندان افسرده‌ای که در این روش درمانی ارائه شده است باعث شده که نسبت به افکار خودآیند منفی ذهنی – بدنی‌ها و ناامیدهایشان درباره جسم وظاهرشون آگاهی کامل پیدا می‌کنند و هنگامی که این آگاهی را پیدا کردند باعث می‌شود که نسبت به رفع آن اقدام کنند و همین عاملی می‌شود که کم‌کم افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی آن‌ها از تصویر بدنی‌شان کاهش یابد.

یکی از یافته‌های مهم این مطالعه این بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تضاد شناختی سالمندان مبتلا به افسردگی تأثیر مثبت و معنی‌داری می‌گذارد. در این راستا آلونسو فرناندز [۲۱] به بررسی اثر بخشی ACT بر کاهش افکار خودآیند منفی ذهنی – بدنی و تضاد شناختی سالمندان افسرده پرداخته و به این نتیجه رسیده است که این روش درمانی باعث کاهش معنی‌دار در میزان افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی و تضاد شناختی می‌شود. همچنین ویکسل، دال، مگنوسن و اُلسون [۲۷] در مطالعه خود نشان دادند که بهترین راهکار درمانی برای کاهش افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی در بین سالمندان مبتلا به افسردگی شدید رویکرد درمان ACT هست. از دلایل همسویی نتایج مطالعه حاضر با مطالعه فرناندز این است که در هر دو مطالعه از یک پکیج آموزشی استفاده شده است و علاوه بر این در هر دو مطالعه افراد نمونه سالمندان میتلا به افسردگی بوده‌اند. از دلایل دیگر برای تبیین این یافته و در همسویی با نتیجه مطالعه [۲۲] این است که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش تصویر بدنی منفی را نیز می‌توان این‌گونه تفسیر کرد که یکی از عوامل مهم در شکل‌گیری افسردگی تضاد شناختی و اختلال در تصور از تن و نگرش منفی است. باتوجه به این که در درمان فوق روی ایجاد نگرش مثبت به بدن و کاهش تضاد شناختی از طریق ذهن‌آگاهی تأکید می‌شود، این روش می‌تواند در بهبود تضاد شناختی و افکار خودآیند منفی مؤثر واقع شود.

جدول ۷: نتایج تحلیل مانکوا بر روی میانگین مولفه‌های پژوهش

نام آزمون	مقدار	F	DF فرضیه	DF خطا	p	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۹۰۶	۱۶/۸۵۲	۳/۰۰۰	۱۲/۰۰۰	۰/۰۰۱**	۰/۶۷۳	۱/۰۰۰
آزمون لاندای ویکلز	۰/۵۲۰	۱۶/۸۵۲	۳/۰۰۰	۱۲/۰۰۰	۰/۰۰۱**	۰/۶۷۳	۱/۰۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۲/۶۴۵	۱۶/۸۵۲	۳/۰۰۰	۱۲/۰۰۰	۰/۰۰۱**	۰/۶۷۳	۱/۰۰۰
آزمون بزرگترین ریشه یروی	۲/۷۸۵	۱۶/۸۵۲	۳/۰۰۰	۱۲/۰۰۰	۰/۰۰۱**	۰/۶۷۳	۱/۰۰۰

جدول ۸: مقایسه‌های زوجی میانگین گروه‌ها در متغیرهای وابسته

گروه	گروه	متغیر	تفاوت میانگین‌ها	خطای برآورد	P
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل	تضاد شناختی	۱۲/۶۵	۰/۵۷	P<۰/۰۱
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل	افکار خودآیند منفی ذهنی	۱۵/۱۱	۰/۸۹	P<۰/۰۱

یکی دیگر از یافته‌های مهم این مطالعه این بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان افکار خودآیند منفی سالمندان مبتلا به افسردگی تأثیر مثبت و معنی‌داری می‌گذارد. زتل و هیز [۲۲] در مطالعه خود با عنوان مقایسه اثربخشی ACT و CBT بر علائم افسردگی نشان دادند که ACT اثربخش‌تر از CBT بر روی افسردگی می‌باشد. پژوهش‌های بستامی و همکاران و حر و همکاران نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بر کاهش علائم افسردگی همچون تضاد شناختی در افراد مبتلا به دیابت تأثیر معنی‌داری داشته باشد. جانسن و موریس [۲۶] در مطالعه‌ای با عنوان بررسی اثربخشی درمان ACT بر کاهش نشانگان افسردگی سالمندان مبتلا به افسردگی نشان دادند که درمان ACT باعث کاهش سطح تضاد شناختی سالمندان افسرده می‌شود.

از دلایل همسویی نتایج این مطالعه با مطالعات [۲۲, ۲۶] و همچنین از دلایل دیگر برای تبیین یافته‌های بدست آمده در مطالعه حاضر این است که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از شیوه‌های شناختی نظیر آگاهی ازتجربیات ذهنی برای بهبود تحریفات شناختی، تضاد شناختی و باورهای مربوط به تصویر بدن و نحوه مقابله با این شناخت‌ها، استفاده می‌شود. و لذا همین استفاده از روش خودآگاهی شناختی باعث می‌شود که سالمندان مبتلا به افسردگی نسبت به افکار منفی خود آگاهی کامل یافته و سعی در کاهش آن‌ها داشته باشند. یکی از بررسی‌های مهم در زمینه درمان افسردگی سالمندان به روش درمان ACT توسط بوهلمیجر، لامرز و فلدراس [۲۴] صورت گرفت. از یافته‌های این مطالعه این بود که درمان ACT به طور معنی‌داری باعث کاهش افکار خودآیند منفی ذهنی – بدنی در سالمندان افسرده شده است.

از دلایل دیگر برای تبیین یافته‌های این مطالعه و همچنین همسویی با نتایج مطالعات [۲۴, ۲۶, ۲۷] این است که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از فنون نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار و آشنایی با مفهوم ناهمجوشی شناختی برای تعدیل تصویر بدنی منفی و تضاد شناختی استفاده می‌شود. در به کارگیری مواجهه با تجربیات ذهنی و آشنایی با گسل‌های شناختی به مراجع آموزش داده می‌شود که با قسمت‌هایی از بدن خود که موجب ناراحتی‌شان می‌شود و تجربیات منفی که از مواجهه با این قسمت‌های خاص از بدنش دارد و همچنین افکاری که به صورت تضاد شناختی کننده باعث افکار خودآیند منفی ذهنی – بدنی بیشتر آن‌ها می‌شود، مواجه شوند و به مرور تنش، ناراحتی و اضطراب خود را کم کنند و از این طریق احساس رضایت و کامل بودن را دریافت نمایند [۲۷].

علاوه بر همسویی با مطالعات قبلی، نتایج پژوهش حاضر با برخی تحقیقات نیز ناهمسو بوده است [۲۳, ۲۵, ۲۸, ۲۹]. برخی مطالعات نشان داده‌اند که ACT بر تغییر سطح نشانگان افسردگی بزرگسالان همچون تضاد شناختی و باورهای منفی تأثیر معنی‌داری ندارد [۲۳]. در این مطالعه که روی بیماران دچار اختلال استرس مزمن چندگانه انجام شد نتایج نشان داد که ACT سطح تضاد شناختی و باورهای منفی را کاهش می‌دهد ولی میزان کاهش معنی‌دار نبوده است.

از دلایل تبیین این ناهمسویی این است که نمونه مورد مطالعه در دو پژوهش متفاوت بوده است و از طرفی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر محتوا روی تغییر شناخت و تفکر، تمرکز دارد و حال آنکه در مطالعه [۲۳] روی افراد مبتلا به استرس بوده که عمدتاً بعد هیجانی آن‌ها دخیل می‌باشد. در برخی دیگر از مطالعات دیگر نیز نشان داده‌اند که ACT بر تغییر سطح یا کاهش افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی تأثیر معنی‌داری ندارد [۲۵, ۲۸, ۲۹] ندارد.

از دلایل تبیین برای ناهمسویی یافته‌های این مطالعه با برخی مطالعات قبلی این است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق راهبردهای شناختی موجب تصحیح و کاهش تصویر بدنی منفی شده و متعاقب آن ایجاد تصویر بدنی مثبت و همچنین کاهش تضاد شناختی در افراد می‌شود. از طرفی مطالعات قبلی روی افراد مبتلا به وسواس و اختلال شخصیتی [۲۸] بوده است که همین نمونه مورد مطالعه متفاوت باعث ایجاد ناهمسویی در نتیجه پژوهش‌ها شده است.

نتیجه‌گیری

بنابراین براساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش سطح افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی و تضاد شناختی سالمندان مبتلا به افسردگی می‌شود. اولین و مهمترین کاربرد مطالعه حاضر این است که سالمندان مبتلا به افسردگی به یک آگاهی و بینش نسبت به باورهای شناختی خود دست پیدا می‌کنند. علاوه بر کاربردهای عملی بیان شده از کاربردهای نظری مطالعه حاضر این است که می‌توان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به عنوان تسهیل کننده در امر یادگیری و عاملی مؤثر در کاهش افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی و تضاد شناختی سالمندان مبتلا به افسردگی از طریق کاهش باورهای منفی و ارتقای باورهای مثبت برای مجریان امر تعلیم و تربیت در مراکز سالمندی پیشنهاد داد. همچنین توصیه می‌گردد که با توجه به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش تضاد شناختی و افکار خودآیند منفی ذهنی - بدنی از نتایج پژوهش‌های انجام شده در این زمینه به صورت عملی در مراکز مشاوره مراکز سالمندان استفاده نمود و در این مراکز، کارگاه‌های آموزشی و دوره‌های آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مختص سالمندان، در نظر گرفته شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد که تحقیق فوق بر روی سالمندان سایر مراکز و در دیگر نقاط کشور هم اجرا گردد تا بتوان نتایج را مورد مقایسه قرار داد.

این پژوهش نیز همچون سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبرو بود از جمله اینکه در پژوهش حاضر از ابزارهای خودگزارش دهی استفاده شد، ممکن است افراد در ابراز مشکلات خود و پاسخ به پرسشنامه‌ها صداقت و دقت کامل را به خرج نداده باشند و با توجه به تأثیر عوامل انسانی، در نتایج پژوهش محدودیت‌هایی در این خصوص به وجود آمده باشد. همچنین باید در نظر داشت که تحقیق حاضر در شهر خرم آباد اجرا شده و نتایج آن قابل تعمیم به دیگر نقاط کشور نیست به همین دلیل در تفسیر نتایج پژوهش این موضوع باید این محدودیت‌ها مد نظر قرار گیرد. و در پایان از سالمندان عزیز و گرانقدری که به عنوان شرکت کننده در این مطالعه حضور یافتند و همچنین همه افرادی که به صورت مستقیم و یا غیر مستقیم ما را در انجام این پژوهش یاری کردند کمال تشکر و قدردانی را می‌نماییم.

References

1. Kamimura A, Nourian MM, Assasnik N, Franchek-Roa K. Depression and intimate partner violence among college students in Iran. Asian J Psychiatr. 2016;23:51-5. doi: 10.1016/j.ajp.2016.07.014 pmid: 27969079
2. Kimbrel NA, Meyer EC, DeBeer BB, Gulliver SB, Morissette SB. A 12-Month prospective study of the effects of PTSD-depression comorbidity on suicidal behavior in Iraq/Afghanistan-era veterans. Psychiatry Res. 2016;243:97-9. doi: 10.1016/j.psychres.2016.06.011 pmid: 27376669
3. Nam B, Kim JY, DeVylder JE, Song A. Family functioning, resilience, and depression among North Korean refugees. Psychiatry Res. 2016;245:451-7. doi: 10.1016/j.psychres.2016.08.063 pmid: 27620328
4. Mahati K, Bhagya V, Christofer T, Sneha A, Shankaranarayana Rao BS. Enriched environment ameliorates depression-induced cognitive deficits and restores abnormal hippocampal synaptic plasticity. Neurobiol Learn Mem. 2016;134 Pt B:379-91. doi: 10.1016/j.nlm.2016.08.017 pmid: 27555234
5. Liu Y, Zhang F, Wang Z, Cao L, Wang J, Na A, et al. Overgeneral autobiographical memory at baseline predicts depressive symptoms at follow-up in patients with first-episode depression. Psychiatry Res. 2016;243:123-7. doi: 10.1016/j.psychres.2016.06.029 pmid: 27392229
6. Liang L, Zhou D, Yuan C, Shao A, Bian Y. Gender differences in the relationship between internet addiction and depression: A cross-lagged study in Chinese adolescents. Computers in Human Behavior. 2016;63:463-70. doi: 10.1016/j.chb.2016.04.043
7. Vogt D, Waeldin S, Hellhammer D, Meinlschmidt G. The role of early adversity and recent life stress in depression severity in an outpatient sample. J Psychiatr Res. 2016;83:61-70. doi: 10.1016/j.jpsychires.2016.08.007 pmid: 27566836
8. Fischer B, Murphy Y, Kurdyak P, Goldner EM. Depression - A major but neglected consequence contributing to the health toll from prescription opioids? Psychiatry Res. 2016;243:331-4. doi: 10.1016/j.psychres.2016.06.053 pmid: 27434203
9. Davey GCL, Wells A. 2006. doi: 10.1002/9780470713143
10. Negrini S, Grivas TB, Kotwicki T, Maruyama T, Rigo M, Weiss HR, et al. Why do we treat adolescent idiopathic scoliosis? What we want to obtain and to avoid for our patients. SOSORT 2005 Consensus paper. Scoliosis. 2006;1:4. doi: 10.1186/1748-7161-1-4 pmid: 16759352
11. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. Clin Psychol Rev. 2010;30(2):217-37. doi: 10.1016/j.cpr.2009.11.004 pmid: 20015584
12. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking Rumination. Perspect Psychol Sci. 2008;3(5):400-24. doi: 10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x pmid: 26158958
13. Treynor W. Cognitive Therapy and Research. 2003;27(3):247-59. doi: 10.1023/a:1023910315561
14. Shimotsu S, Horikawa N. Self-stigma in depressive patients: Association of cognitive schemata, depression, and self-esteem. Asian J Psychiatr. 2016;24:125-9. doi: 10.1016/j.ajp.2016.09.003 pmid: 27931895
15. Seidler ZE, Dawes AJ, Rice SM, Oliffe JL, Dhillon HM. The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review. Clin Psychol Rev. 2016;49:106-18. doi: 10.1016/j.cpr.2016.09.002 pmid: 27664823
16. Pots WT, Fledderus M, Meulenbeek PA, ten Klooster PM, Schreurs KM, Bohlmeijer ET. Acceptance and commitment therapy as a web-based intervention for depressive symptoms: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2016;208(1):69-77. doi: 10.1192/bjp.bp.114.146068 pmid: 26250745
17. Trompetter HR, Lamers SMA, Westerhof GJ, Fledderus M, Bohlmeijer ET. Both positive mental health and psychopathology should be monitored in psychotherapy: Confirmation for the dual-factor model in acceptance and commitment therapy. Behav Res Ther. 2017;91:58-63. doi: 10.1016/j.brat.2017.01.008 pmid: 28160719
18. Folke F, Parling T, Melin L. Acceptance and Commitment Therapy for Depression: A Preliminary Randomized Clinical Trial for Unemployed on Long-Term Sick Leave. Cognitive and Behavioral Practice. 2012;19(4):583-94. doi: 10.1016/j.cbpra.2012.01.002
19. Moyer DN, Murrell AR, Connally ML, Steinberg DS. Showing up for class: Training graduate students in acceptance and commitment therapy. Journal of Contextual Behavioral Science. 2017;6(1):114-8. doi: 10.1016/j.jcbs.2016.12.001
20. Forman EM, Herbert JD, Moitra E, Yeomans PD, Geller PA. A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. Behav Modif. 2007;31(6):772-99. doi: 10.1177/0145445507302202 pmid: 17932235
21. Alonso-Fernandez M, Lopez-Lopez A, Losada A, Gonzalez JL, Wetherell JL. Acceptance and Commitment Therapy and Selective Optimization with Compensation for Institutionalized Older People with Chronic Pain. Pain Med. 2016;17(2):264-77. doi: 10.1111/pme.12885 pmid: 26304771
22. Hayes SC, Pistorello J, Biglan A. Acceptance and Commitment Therapy: model, data, and extension to the prevention of suicide. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva. 2008;10(1):81-102.
23. Petkus AJ, M A, Wetherell JL. Acceptance and Commitment Therapy with Older Adults: Rationale and Considerations. Cogn Behav Pract. 2013;20(1):47-56. doi: 10.1016/j.cbpra.2011.07.004 pmid: 26997859
24. Bohlmeijer ET, Lamers SM, Fledderus M. Flourishing in people with depressive symptomatology increases with Acceptance and Commitment Therapy. Post-hoc analyses of a randomized controlled trial. Behav Res Ther. 2015;65:101-6. doi: 10.1016/j.brat.2014.12.014 pmid: 25596344
25. Linde J, Ruck C, Bjureberg J, Ivanov VZ, Djurfeldt DR, Ramnero J. Acceptance-Based Exposure Therapy for Body Dysmorphic Disorder: A Pilot Study. Behav Ther. 2015;46(4):423-31. doi: 10.1016/j.beth.2015.05.002 pmid: 26163707
26. Jansen JE, Morris EMJ. Acceptance and Commitment Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Early Psychosis: A Case Series. Cognitive and Behavioral Practice. 2017;24(2):187-99. doi: 10.1016/j.cbpra.2016.04.003

27. Wicksell RK, Dahl J, Magnusson B, Olsson GL. Using acceptance and commitment therapy in the rehabilitation of an adolescent female with chronic pain: A case example. Cognitive and Behavioral Practice. 2005;12(4):415-23. doi: 10.1016/s1077-7229(05)80069-0
28. Eilenberg T, Hoffmann D, Jensen JS, Frostholm L. Intervening variables in group-based acceptance & commitment therapy for severe health anxiety. Behav Res Ther. 2017;92:24-31. doi: 10.1016/j.brat.2017.01.009 pmid: 28196772
29. Heffner M, Sperry J, Eifert GH, Detweiler M. Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example. Cognitive and Behavioral Practice. 2002;9(3):232-6. doi: 10.1016/s1077-7229(02)80053-0
30. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck depression inventory-II. San Antonio, Texas: Psychological Corporation; 1996. 490-8 p.
31. Azkhosh M. [The use of psychological tests and clinical diagnosis]. Tehran2006.
32. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory--Second edition: BDI-II-PERSIAN. Depress Anxiety. 2005;21(4):185-92. doi: 10.1002/da.20070 pmid: 16075452
33. Sharifi V, Asadi M, Mohammadi M, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. [The reliability of the Persian version of the interview structured execution capabilities for diagnosis (SCID) DSM-IV]. What's New Cogn Sci. 2002;1(1):10-22.
34. Marnat G. [Handbook of Psychological Assessment]. 2nd ed. Tehran: Sokhan; 2003.
35. Mohammadi N, Sajadinezhad M. [Evaluate the psychometric properties of the questionnaire concerns about body image test model, body mass index, body image dissatisfaction and self-esteem Adolescent Girls]. Psychol Stud. 2005;3(1):83-100.
36. Aminian M. [Surveys and prevalence of eating disorders, body image]. Ahvaz: Islamic Azad University; 2008.
37. Zanjani Z, Godarzi M. [Reliability, validity and test standardization body image among Danshjvyan]. J Ment Health. 2007;3(2):149-55.
38. Treynor W. Rumination reconsidered: A psychometric analysis. Cognitive Therapy and Research. 2003;27(3):247-59. doi: 10.1023/a:1023910315561
39. Nolen-Hoeksema S, Watkins ER. A Heuristic for Developing Transdiagnostic Models of Psychopathology: Explaining Multifinality and Divergent Trajectories. Perspect Psychol Sci. 2011;6(6):589-609. doi: 10.1177/1745691611419672 pmid: 26168379
40. Mansouri A, Bakhshipour E, Mahmoud Alilu M, Farnam E, Fakhari E. [Comparison of anxiety, obsession and rumination in patients with generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, major depressive disorder and normal individuals]. J Psychol Stud. 2016;7(3):55-74.
41. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. J Abnorm Psychol. 2000;109(3):504-11. pmid: 11016119
42. Zahed A, Elah G, Halillo K, Abolghasemi A, Narimani M. [The relationship between emotion regulation strategies and interpersonal behavior in substance abusers]. J Res Add. 2010(11):99-113.
43. Glantz M. Vulnerability to drug abuse: Introduction and overview. Washington, DC: American Psychological Association; 1992.