MEJDS. 2022; 12:106.

Published online 2022 Sep. **Original Article**

Determining the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Inhibition and Distress Tolerance of Depressed Female Senior High School Students

*Nabizadeh H[1], Mirzamani SM[2]

Author Address
1. MA in Psychometric (Measurement & Measurement), Islamic Azad University, Tehran Branch, Tehran, Iran;
2. Professor, Department of Clinical Psychology, Yazd University of Science and Art, Yazd, Iran.
***Corresponding Author E-mail:** hodanabizadeh@gmail.com

Received: 2020 June 15; **Accepted:** 2020 July 4

Abstract

Background & Objectives: Depression is one of the most common mental disorders; its growing prevalence is becoming a global concern. Depression in children and students is one of the essential topics in research psychology. In general, depression can lead to academic failure and impairment of occupational, family, and social functioning, which directly and indirectly imposes high costs on society. Among the cognitive components of depression, cognitive inhibition has a significant share. Cognitive inhibition is active processing that prevents unwanted internal and external stimuli from entering the information processing system. On the other hand, one of the most important abilities in adolescence is tolerating distress. Acceptance and commitment therapy (ACT) is one of the new therapeutic approaches that have an auspicious effect on depression. Given that depression exists among students and cognitive inhibition and distress tolerance can affect their educational process and daily life, this study aims to determine the effectiveness of ACT on cognitive inhibition and distress tolerance of depressed female high school students.

Methods: The present research is a quasi–experimental study with a pretest–posttest design with a control group. The statistical population included all secondary school girls with depression referred to Rah–e Bartar Psychological Services Clinic in Tehran's District 4, Iran, for treatment from March to September 2019. The statistical sample consisted of 30 students randomly assigned into experimental and control groups (15 people in each group). The inclusion criteria were being 14 to 17 years old, having depressive disorder confirmed thorough diagnostic interview, gaining a score of more than 19 on the Beck Depression Inventory, lacking acute medical illnesses and brain damage, and not attending training sessions. The exclusion criteria were non–participation in training sessions and lack of informed consent. The Structured Clinical Interview (Lobbestael et al., 2011), Beck Depression Inventory–II (Beck et al., 1996), Anxiety Tolerance Scale (Simons & Gaher, 2005), and the White Bear Suppression Inventory (Wegner & Zanakos, 1994) were used to collect study data. During the intervention phase, the experimental group underwent eight 90–min sessions of ACT by Hayes et al. (2012), but the control group did not receive any intervention. To analyze the data, descriptive (mean and standard deviation) and inferential statistics (the Chi–square test [to compare the distribution of educational variables in the two groups], multivariate and univariate analysis of covariance) were performed in SPSS software version 24. The significance level of the tests was considered $\alpha = 0.05$.

Results: The results showed that ACT significantly reduced cognitive inhibition ($p<0.001$) and increased the components of distress tolerance, including tolerance ($p<0.001$), absorption ($p<0.001$), evaluation ($p<0.001$), and adjustment ($p<0.001$) in depressed students in the experimental group compared to the control group. Also, the effect size indicates the effect of ACT on reducing the cognitive inhibition variable (0.428) and increasing the variables of distress tolerance of high school students with depression, including tolerance (0.396), absorption (0.326), evaluation (0.267), and adjustment (0.229).

Conclusion: Based on the findings, acceptance and commitment exercises can improve the psychological state of depressed students. Therefore, ACT is one of the effective non–pharmacological therapies in the psychological management of depressed patients, and it is necessary to consider it an effective treatment along with drug therapies.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Cognitive inhibition, Distress tolerance, Depression.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-08]

Copyright © 2022, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۱۰۶.

انتشار برخط شهریور ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

تعیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در بازداری شناختی و تحمل پریشانی دانش‌آموزان افسردهٔ دختر مقطع متوسطهٔ دوم

*هدی نبی‌زاده[۱]، سیدمحمود میرزمانی[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناسی‌ارشد، روان‌سنجی (سنجش و اندازه‌گیری)، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، تهران، ایران؛

۲. استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** hodanabizadeh@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲۶ خرداد ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۴ تیر ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: اختلال افسردگی از اختلالات شایع و مخرب روانی در جامعه و به‌ویژه دانش‌آموزان محسوب می‌شود؛ ازاین‌رو هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در بازداری شناختی و تحمل پریشانی دانش‌آموزان افسردهٔ دختر مقطع متوسطهٔ دوم بود.

روش‌بررسی: روش مطالعهٔ حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطهٔ دوم مبتلا به افسردگی در شش ماه نخست سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند که برای درمان به کلینیک خدمات روان‌شناختی منطقهٔ چهار تهران (راه برتر) مراجعه کردند. نمونهٔ آماری شامل سی نفر بود که افراد واجد شرایط داوطلب به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش به‌مدت هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد هیز و همکاران (۲۰۱۲) را دریافت کرد؛ اما برای گروه گواه هیچ نوع مداخله‌ای ارائه نشد. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته (لوبستال و همکاران، ۲۰۱۱)، پرسش‌نامهٔ افسردگی بک ـ ویرایش دوم (بک و همکاران، ۱۹۹۶)، مقیاس تحمل پریشانی (سیمون و گاهر، ۲۰۰۵) و پرسش‌نامهٔ بازداری خرس سفید (وگنر و زناکوز، ۱۹۹۴) استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون خی‌دو، تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تک‌متغیری در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ در سطح معناداری $\alpha=۰/۰۵$ صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به‌طور معناداری موجب کاهش بازداری شناختی ($p<۰/۰۰۱$) و افزایش مؤلفه‌های متغیر تحمل پریشانی شامل تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم ($p<۰/۰۰۱$) در دانش‌آموزان افسرده در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه شد. همچنین اندازهٔ اثر نشان‌دهندهٔ میزان تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش متغیر بازداری شناختی (۰/۴۲۸) و افزایش مؤلفه‌های متغیر تحمل پریشانی دانش‌آموزان دبیرستانی مبتلا به افسردگی شامل تحمل (۰/۳۹۶)، جذب (۰/۳۲۶)، ارزیابی (۰/۲۶۷) و تنظیم (۰/۲۲۹) بود.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌ها نتیجه‌گیری می‌شود، تمرین‌های درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد موجب ارتقای وضعیت روان‌شناختی دانش‌آموزان افسرده می‌شود.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، بازداری شناختی، تحمل پریشانی، افسردگی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۱، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-08]

۱ مقدمه

افسردگی[1] از اختلالات روانی بسیار شایع به‌شمار می‌رود که شیوع رو به رشد آن به نگرانی جهانی تبدیل شده است (۱). پژوهشگران علوم بهداشت روانی‌رفتاری اتفاق نظر دارند که افسردگی بیماری روانی شایع‌تر و اساسی‌تر در دو دههٔ اخیر است و برطبق آمارهای بین‌المللی حدود ۱۵ درصد از افراد سنین ۱۵ تا۷۴ سال که به پزشکان مراجعه می‌کنند، دارای علائم بارز افسردگی هستند (۲،۳). ویژگی‌های اصلی اختلال افسردگی شامل یک دورهٔ حداقل دوهفته‌ای است که در آن تمام فعالیت‌ها با خُلق‌وخوی افسرده یا بی‌علاقه یا لذت‌نبردن وجود دارد. همچنین فرد باید دست‌کم چهار علامت دیگر را ازجمله تغییر در اشتها یا وزن، خواب و فعالیت ذهنی، کاهش نیرو، احساس بی‌ارزشی با احساس گناه، مشکل در تفکر، تمرکز و تصمیم‌گیری و تکرار افکار دربارهٔ مرگ و خودکشی، داشته باشد (۴). شیوع افسردگی در طول عمر ۲۰/۸ درصد و در طول یک سال ۹/۵ درصد تخمین زده شده است (۵). افسردگی در کودکان و دانش‌آموزان از موضوعات مهم در گسترهٔ علم روان‌شناختی است (۶). پژوهش‌ها نشان داد، بیش از ۲۰ درصد از دانش‌آموزان تا هیجده‌سالگی حداقل یک‌بار به افسردگی بالینی دچار می‌شوند (۷). افسردگی در دانش‌آموزان با مشکلاتی همچون ضعف مهارت‌های اجتماعی، اضطراب اجتماعی و اضطراب شدید، استفاده از مواد مخدر و الکل، مشارکت‌نداشتن کافی در فعالیت‌های خشنودکننده و شادی‌آور، افکار خودکشی‌گرایانه، مشکلات عصبی، مواجه‌شدن با وقایع تنش‌زا، مشکلات بین‌فردی، اختلال رفتار هنجاری و اختلال‌های خوردن در دختران نوجوان همراه است (۸)؛ به‌طور کلی افسردگی می‌تواند منجربه موفق‌نبودن تحصیلی و اختلال در عملکرد تحصیلی، شغلی، خانوادگی و اجتماعی شود که به‌طور مستقیم و غیرمستقیم هزینه‌های درخورتوجهی را به جامعه تحمیل می‌کند (۹)؛ بنابراین افسردگی مسئله‌ای است که مشکلات زیادی را در دانش‌آموزان به‌وجود می‌آورد و این مشکلات باعث جلوگیری از رشد استعدادهای آن‌ها می‌شود (۱۰).

یکی از نظریه‌هایی که به تبیین آسیب‌شناسی روانی افسردگی پرداخته است، رویکرد شناختی است. رویکردهای شناختی بر این نظر مبتنی است که طیفی از فرایندهای شناختی بهنجار و نابهنجار در رویارویی با موقعیت و وضعیت مشخص وجود دارد (۱۱). به‌نظر می‌رسد در میان مؤلفه‌های شناختی افسردگی، بازداری شناختی[2] دارای سهم درخورتوجهی است. بازداری به توانایی شخص در ممانعت از پاسخ‌های نامربوط گفته می‌شود (۱۲). بازداری شناختی به‌صورت پردازشی فعال تعریف می‌شود که از ورود محرک‌های ناخواستهٔ درونی و بیرونی به سیستم پردازش اطلاعات جلوگیری می‌کند. هستهٔ عملیات کارآمد حافظهٔ کاری، نوعی مکانیزم بازداری به‌شمار می‌رود که کارکرد آن محدودکردن ورود اطلاعات قرارگرفته در آستانهٔ ورود به آگاهی، به داخل حافظهٔ کاری است (۱۳). لورنس و همکاران در پژوهش خود بیان کردند، نارسایی در بازداری به کنترل‌نشدن افکار، اعمال و هیجانات منتهی می‌شود و بروز رفتارهای تکانشی ناسازگارانه و غیرارادی را در پی دارد و این مسئله زمینه‌ساز بروز رفتار بزهکارانه در نوجوانان است (۱۴).

ازطرفی یکی از توانایی‌هایی که در دورهٔ نوجوانی بسیار به آن توجه می‌شود، توانایی تحمل پریشانی[3] است. تحمل پریشانی به‌عنوان توانایی برای تحمل حالت‌های فیزیولوژیک آزاردهنده تعریف می‌شود (۱۵). به عبارتی دیگر تحمل پریشانی را توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی تعریف کرده‌اند (۱۶). مطالعهٔ بارتون و همکاران نشان داد، تحمل پریشانی پاسخ‌های گوناگون افراد را دربرابر موقعیت متنوع تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و با مهار عواطف، هیجانات و احساسات زمینهٔ بهبود عملکرد آنان را فراهم می‌کند (۱۷).

گستردگی مسئلهٔ افسردگی باعث شده است که شیوه‌های درمانی متعددی اعم‌از دارودرمانی و روان‌درمانی برای آن ارائه و بررسی شود. هرچند پژوهش‌ها از اثربخشی درمان‌های موجود حمایت می‌کند، این اثربخشی، نسبی است و هنوز هیچ درمانی وجود ندارد که بتوان آن را راه‌حلی قطعی برای مشکل افسردگی دانست (۱۸). درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد[4] از رویکردهای درمانی نوین به‌شمار می‌رود که اثربخشی آن بر افسردگی بسیار امیدوارکننده است (۱۹،۲۰).

درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، درمانی رفتاری موج سوم است که از گسترش درمان شناختی‌رفتاری شکل گرفته است و به‌اختصار ACT خوانده می‌شود. هدف اصلی این درمان ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است؛ یعنی امکان انتخاب عملی که بین گزینه‌های مختلف مناسب‌تر است؛ به‌جای اینکه صرفاً برای جلوگیری از افکار، احساسات، خاطرات یا تمایلات مختل‌شده، عملی انجام گیرد یا اینکه به فرد تحمیل شود (۲۱). درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد این فرض را دارد که فرایندهای روان‌شناختی ذهن انسان اغلب مخرب و موجب رنج روان‌شناختی است (۲۱). هریس در مطالعه‌ای موردی دربارهٔ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، شش اصل بنیادین را (گسلش شناختی، پذیرش، تماس با لحظهٔ اکنون، خود مشاهده‌گر، ارزش‌ها، اقدام متعهدانه) معرفی کرد که مولد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرد است و وی را به‌سمت زندگی غنی و پرمعنا سوق می‌دهد (۲۲). تأکید زیادی می‌شود که این درمان، ACT خوانده شود نه T، C، A؛ چون در اصل درمانی رفتاری و درمانی عملی است؛ عملی که اول اینکه دارای ارزش باشد و به فرد کمک کند تا آنچه واقعاً برای وی مهم است، بشناسد و از او می‌خواهد این ارزش‌ها را راهنمایی تغییر در زندگی‌اش قرار دهد. دوم اینکه مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی باشد؛ یعنی عملی که با آگاهی، حضور کامل و گشودگی انجام می‌شود (۲۳).

پژوهش‌ها اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را بر کاهش بازداری رفتاری و اجتناب شناختی رفتاری زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (۲۴)، کاهش بازداری رفتاری و فعال‌سازی رفتاری مردان سوءمصرف‌کنندهٔ مواد (۲۵)، ارتقای کارکردهای شناختی‌هیجانی جانبازان (۲۶)، افزایش تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن (تحمل پریشانی هیجانی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی) در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم (۲۷)،

[1]. Depression
[2]. Cognitive inhibition
[3]. Distress tolerance
[4]. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-08]

کاهش افکار ناکارآمد و تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به اماس (۲۸)، کاهش اضطراب اجتماعی، افزایش شفقت به خود کلی، تحمل پریشانی کلی و تنظیم هیجان دانش‌آموزان با اختلال اضطراب اجتماعی (۲۹)، افزایش تحمل پریشانی (۳۰) و تحمل پریشانی بین زوجین (۳۱) نشان داد. درمجموع افسردگی در میان دانش‌آموزان وجود دارد و بازداری شناختی و تحمل پریشانی می‌تواند در فرایند تحصیلی و زندگی روزمره آنان تأثیرگذار باشد. از سویی دیگر در کشورمان مطالعات زیادی دربارهٔ اثربخشی ACT بر متغیرهای متعدد صورت گرفته است؛ اما تاآنجاکه بررسی شد، تاکنون مطالعات در زمینهٔ متغیرهای بازداری شناختی و تحمل پریشانی در جامعهٔ دانش‌آموزان افسرده انجام نشده است؛ بنابراین در این زمینه خلأ پژوهشی احساس می‌شود. به همین لحاظ، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یکی از روش‌های درمانی در این گروه از اهمیت بسزایی برخوردار است و انجام پژوهش را در این زمینه لازم و ضروری می‌سازد؛ ازاین‌رو پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در بازداری شناختی و تحمل پریشانی دانش‌آموزان افسرده انجام شد.

۲ روش‌بررسی

روش مطالعهٔ حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطهٔ دوم مبتلا به افسردگی در شش ماه نخست سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند که برای درمان به کلینیک خدمات روان‌شناختی منطقهٔ چهار تهران (راه برتر) مراجعه کردند. حداقل نمونه در طرح‌های آزمایشی سی نفر کفایت می‌کند (۳۲) و نمونهٔ آماری این پژوهش شامل سی نفر بود. افراد واجد شرایط داوطلب (براساس مصاحبهٔ تشخیصی (۳۳) و نمرهٔ برش پرسش‌نامهٔ افسردگی بک ـ ویراست دوم (۳۴)) انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی ساده در گروه آزمایش و گروه گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود نمونه به پژوهش عبارت بود از: قرارگرفتن در دامنهٔ سنی ۱۴تا۱۷ سال؛ تشخیص اختلال افسردگی ازطریق مصاحبهٔ تشخیصی؛ کسب نمرهٔ بیشتر از ۱۹ در نمرهٔ پرسش‌نامهٔ افسردگی بک؛ مبتلانبودن به بیماری‌های حاد پزشکی و آسیب مغزی، غیبت‌نکردن در جلسات آموزشی. ملاک‌های خروج نمونه از پژوهش، شرکت‌نکردن در هشت جلسه آموزش، نداشتن رضایت آگاهانه بود. در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط ازجمله محرمانه‌بودن پرسش‌نامه‌ها، رضایت آگاهانهٔ شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از پژوهش رعایت شد. همچنین به‌دلیل رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از پایان جلسات آموزشی، جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد نیز برای گروه گواه برگزار شد.

برای گردآوری داده‌ها ابزارها و جلسات درمانی زیر به‌کار رفت.

ـ مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته[1]: مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته ابزاری انعطاف‌پذیر است که توسط لوبستال و همکاران در سال ۲۰۱۱ تهیه شد (۳۳). پرهون و همکاران ضریب توافق کامل در ارزیاب را با استفاده از نوار صوتی برای ارزیابی دوم دربارهٔ مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته برای ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[2] گزارش دادند (۳۵). شریفی و همکاران این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، روی نمونهٔ ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی نیز کاپای بیشتر از ۶۰ بود. روایی محتوایی و صوری نسخهٔ ایرانی توسط سه تن از اساتید روان‌شناسی بالینی به تأیید رسید و پایایی آن با آزمون‌ـ‌آزمون مجدد در طی یک هفته ۰/۹۵ گزارش شد (۳۶).

ـ پرسش‌نامهٔ افسردگی بک‌ـ ویراست دوم[3]: برای سنجش افسردگی از دومین نسخهٔ تجدیدنظرشدهٔ پرسش‌نامهٔ افسردگی بک ارائه‌شده توسط بک و همکاران در سال ۱۹۹۶، با ۲۱ سؤال با مقیاس پاسخ‌گویی صفر تا ۳، استفاده شد (۳۴). دامنهٔ نمرات بین صفر تا ۶۳ قرار دارد که سطح افسردگی را طبقه‌بندی می‌کند و نمرهٔ صفر تا ۹ نشانهٔ بهنجاربودن، نمرهٔ ۱۰تا۱۹ نشانهٔ افسردگی خفیف، نمرهٔ ۲۰تا۲۹ نشانهٔ افسردگی متوسط و نمرهٔ بیشتر از ۳۰ نشانهٔ افسردگی شدید است (۳۴). بک و همکاران اعتبار این پرسش‌نامه را ۰/۹۶ گزارش کردند و ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳تا۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا را برای گروه بیمار ۰/۸۶ و برای گروه غیربیمار ۰/۸۱ به‌دست آوردند (۳۴). در ایران استفان‌ـ دابسون و همکاران ضریب آلفای ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصلهٔ یک هفته را ۰/۹۳ گزارش کردند. همچنین نتایج حاصل از تحلیل عاملی، سنجش اعتبار و روایی پرسش‌نامهٔ افسردگی بک‌ـ ویراست دوم حکایت از کارایی آن داشت (۳۷).

ـ مقیاس تحمل پریشانی[4]: این مقیاس توسط سیمون و گاهر در سال ۲۰۰۵ ساخته شد (۳۸). این مقیاس دارای پانزده ماده و چهار خرده‌مقیاس تحمل (تحمل پریشانی هیجانی، سؤالات ۱، ۳، ۵)، جذب (جذب‌شدن توسط هیجانات منفی، سؤالات ۲، ۴، ۱۵)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی، سؤالات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲) و تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی، سؤالات ۸، ۱۳، ۱۴) است. عبارات این ابزار، بر مقیاسی پنج‌درجه‌ای (۱. کاملاً موافق، ۲. اندکی موافق، ۳. نه موافق و نه مخالف، ۴. اندکی مخالف، ۵. کاملاً مخالف) نمره‌گذاری می‌شود و نمره‌گذاری سؤال ۶ به‌صورت معکوس است (۳۸). در پژوهش سیمون و گاهر ضرایب آلفا برای این خرده‌مقیاس‌ها به‌ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به‌دست آمد. همچنین نتایج روایی مشخص کرد، این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرای اولیهٔ خوبی است (۳۸). مطالعهٔ عزیزی و همکاران همسانی درونی زیادی را برای کل مقیاس (α=۰/۷۱) و پایایی متوسطی را برای خرده‌مقیاس‌ها نشان داد و ۰/۵۴ برای خرده‌مقیاس تحمل، ۰/۴۲ برای خرده‌مقیاس جذب، ۰/۵۶ برای خرده‌مقیاس ارزیابی و ۰/۵۸ برای خرده‌مقیاس تنظیم گزارش شد (۳۹).

ـ پرسش‌نامهٔ بازداری خرس سفید[5]: این پرسش‌نامهٔ پانزده‌آیتمی برای ارزیابی بازداری افکار توسط وگنر و زناکوز در سال ۱۹۹۴ تهیه شد (۴۰). این پرسش‌نامه بر مقیاس پنج‌درجه‌ای به‌شدت مخالفم (۱) تا

1. Structured Clinical Interview
2. Tructured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)
3. Beck Depression Inventory-II
4. Distress Tolerance Scale
5. White Bear Suppression Inventory (WBSI)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-08]

به‌شدت موافقم (۵) نمره‌گذاری می‌شود؛ ازاین‌رو دامنه بین ۱۵ تا۷۵ قرار می‌گیرد و نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ افکار بازدارندهٔ بیشتر است (۴۰). وگنر و زناکوز در پژوهشی همسانی درونی بسیار مناسبی (از ۰/۸۷ تا۰/۸۹) را برای پرسش‌نامه گزارش کردند. همچنین در تحقیق وگنر و زناکوز، همبستگی معنادار پرسش‌نامهٔ بازداری خرس سفید با پرسش‌نامهٔ افسردگی بک، پرسش‌نامهٔ وسواس فکری‌عملی مادزلی[1] و پرسش‌نامهٔ اضطراب حالت‌ـ صفت[2] نشان‌دهندهٔ روایی همگرای مناسب این ابزار بود (۴۰). اعتبار این پرسش‌نامه در مطالعهٔ ساعد و همکاران به دو روش همسانی درونی و بازآزمایی بررسی شد. ضریب آلفای کرونباخ در نمونهٔ وابسته به مواد ۰/۱۸۷، در نمونهٔ غیربالینی ۰/۹۰، در کل نمونه ۰/۸۹ و ضریب اعتبار بازآزمایی آن در نمونهٔ بالینی ۰/۰۵۳ بود (۴۱).

ـ جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد: پس از تعیین و تخصیص تصادفی افراد به گروه‌های مطالعه، همهٔ شرکت‌کنندگان به ابزارهای ارزیابی‌کنندهٔ متغیرهای تحمل پریشانی و بازداری شناختی (پیش‌آزمون) پاسخ دادند. سپس پروتکل جلسات درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد هیز و همکاران (۴۲) توسط محقق طی هفت جلسهٔ درمانی نوددقیقه‌ای و در هفته یک جلسه برای گروه آزمایش برگزار شد؛ اما گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. سپس از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. خلاصه جلسات درمانی مطابق جدول ۱ است.

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات گروهی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد

جلسه	عناوین جلسات	تمرین
اول	معرفی درمانگر و آشنایی اولیه با مُراجعان، برقراری رابطهٔ مناسب به‌منظور پرکردن صحیح پرسش‌نامه‌ها و ایجاد اعتماد، دادن معرفی‌نامه برای انجام آزمایش چربی خون آشنایی اعضای گروه به یکدیگر، معرفی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، بیان اهداف جلسات درمانی، انتظارات اعضا از درمان، شرح اصول اخلاقی و رازداری، اخذ رضایت‌نامهٔ کتبی شرکت در پژوهش، ارائهٔ اطلاعات دربارهٔ دیابت و انواع آن، اهمیت داشتن سبک زندگی سالم ازقبیل رژیم غذایی، فعالیت بدنی و سایر مراقبت‌ها	استعارهٔ تقلا در ماسه، طناب‌کشی با هیولا
دوم	شناسایی و شفاف‌سازی ارزش‌ها و تفاوت آن با اهداف، اینکه می‌خواهیم رفتار مداوم خود را بر چه مبنایی قرار دهیم با هدف رسیدن به زندگی ارزشمند و توجه‌آگاه	حلقهٔ هدف، استعارهٔ قطب‌نما، جشن تولد هشتادسالگی
سوم	تعریف پذیرش و تفاوت آن با سایر مفاهیم، توضیح دربارهٔ اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، شناسایی و شفاف‌سازی ارزش‌ها، با هدف کشف موقعیت‌های اجتناب‌شده و تماس با آن ازطریق پذیرش	انتخاب احساس، استعارهٔ دیوها در قایق، کلید کشمکش
چهارم	معرفی و تفهیم هم‌جوشی با افکار و تأثیر آن روی احساس، رفتار و تصمیم ما، اهمیت هم‌جوشی‌زدایی، هدف کسب انعطاف‌پذیری و توجه‌آگاهی و نه خلاص‌شدن از افکار ناخواسته	دست‌ها استعاره‌ای برای افکار، مزهٔ هم‌جوشی‌زدایی، برگ‌های رودخانه
پنجم	بودن در اینجا و اکنون و رویارویی با افکار در رویکرد حضور ذهن، افزایش آگاهی هشیارانه از تجربیاتمان در زمان حال، هدف تنظیم رفتار و انتخاب‌های عاقلانه و زندگی جهت‌دار	تنفس توجه‌آگاهانه، توجه‌آگاهی به دستان، خوردن توجه‌آگاهانهٔ یک کشمش
ششم	تضعیف خود مفهومی‌شده، توضیح خود به‌عنوان زمینه به‌منزلهٔ منظری برای توجه به افکار و احساسات و مشاهدهٔ آن‌ها بدون قضاوت، هدف توجه به فکر و احساس بدون گیرافتادن در آن‌ها و آگاهی‌داشتن از احوال خود، ذهن‌آگاهی	استعارهٔ آسمان و آب و هوا، صفحهٔ شطرنج
هفتم	عمل متعهدانه و آنچه لازم است انجام دهند، تعیین ارزش‌ها و توجه به قدرت انتخاب، استفاده از ذهن‌آگاهی برای بودن در زمان حال و درنهایت رفتارهایی که قصد دارند برای تحقق اهداف انجام دهند. بازنگری مطالب، نگاه رو به جلو، حضور ذهن روزانه، شناسایی طرح‌های عمل مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد به‌منظور عمل به آن، پرداختن به نگرانی‌های پس از خاتمهٔ درمان، جمع‌بندی و اختتامیه، اجرای پس‌آزمون	تعیین اهداف، قدم کوچک، موانع عمل تمرین وارسی بدن و بازنگری تکالیف، توجه‌آگاهی در برنامه‌های روزمره

به‌منظور تجزیه‌و تحلیل آماری داده‌ها، از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) به‌کار رفت. در سطح آمار استنباطی از آزمون خی‌دو برای مقایسهٔ توزیع متغیر پایهٔ تحصیلی در دو گروه استفاده شد. همچنین در سطح آمار استنباطی، با رعایت پیش‌فرض‌های آماری (آزمون شاپیروـ ویلک برای ارزیابی نرمال‌بودن توزیع متغیرها، بررسی همگنی شیب رگرسیون، آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته، آزمون ام‌باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته و آزمون خی‌دو بارتلت برای بررسی کرویت) تحلیل داده‌ها ازطریق تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تک‌متغیری در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ انجام شد. سطح معناداری آزمون‌ها α=۰/۰۵ درنظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

براساس یافته‌های توصیفی در گروه گواه تعداد ۳ نفر در پایهٔ دهم

[1]. Moudsley Obsessive Compulsive Inventory

[2]. State-Trait Anxiety Questionnaire

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-08]

(۲۰درصد)، ۶ نفر پایهٔ یازدهم (۴۰درصد) و ۶ نفر در پایهٔ دوازدهم (۴۰درصد) و در گروه آزمایش تعداد ۴ نفر در پایهٔ دهم (۲۷درصد)، ۶ نفر در پایهٔ یازدهم (۴۰درصد) و ۵ نفر در پایهٔ دوازدهم (۳۳درصد) بودند. طبق نتایج آزمون خی‌دو، از لحاظ توزیع متغیر پایهٔ تحصیلی در دو گروه تفاوت آماری معناداری وجود نداشت (p=۰/۳۲۶).

قبل از اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیری مفروضه‌های آن بررسی شد. در آزمون شاپیرو–ویلک مقدار احتمال محاسبه‌شده برای مؤلفه‌های متغیر بازداری شناختی و تحمل پریشانی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه گواه و گروه آزمایش فرض نرمالیتی رد نشد (p>۰/۰۵). نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون بازداری شناختی و تحمل پریشانی در گروه آزمایش و گروه گواه نشان داد، فرض همسانی شیب رگرسیونی رد نشد (p>۰/۰۵). نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها مشخص کرد، واریانس متغیرهای وابسته یکسان بود (p>۰/۰۵). نتایج آزمون ام‌باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گروه گواه نشان داد، ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر بود (p>۰/۰۵). نتایج آزمون خی‌دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معناداری رابطهٔ بین متغیرها مشخص کرد، رابطهٔ بین این متغیرها معنادار بود (p<۰/۰۵). پس از بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نتایج آزمون نشان داد، بین دو گروه در مؤلفه‌های متغیر تحمل پریشانی تفاوت معناداری وجود داشت (Wilks Lambda=۰/۲۴۲، p<۰/۰۰۱). در جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مؤلفه‌های تحمل پریشانی و بازداری شناختی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک دو گروه آزمایش و گواه به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس با تعدیل اثر پیش‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسهٔ پس‌آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	اندازهٔ اثر
تحمل	آزمایش	۸/۲۶	۲/۷۱	۱۱/۱۳	۲/۷۷	۴۲/۵۲۰	<۰/۰۰۱	۰/۳۹۶
	گواه	۸/۶۷	۳/۳۵	۹/۳۳	۳/۱۳			
جذب	آزمایش	۷/۹۳	۲/۴۳	۱۱/۲۰	۲/۳۳	۲۳/۹۹۴	<۰/۰۰۱	۰/۳۲۶
	گواه	۸/۶۰	۱/۹۹	۹/۰۶	۲/۱۲			
ارزیابی	آزمایش	۱۵	۴/۹۶	۱۸/۴۰	۴/۴۰	۲۲/۱۲۲	<۰/۰۰۱	۰/۲۶۷
	گواه	۱۶/۱۳	۴/۴۳	۱۶/۹۳	۴/۴۳			
تنظیم	آزمایش	۷/۸۰	۲/۶۲	۱۰/۸۰	۲/۴۲	۱۸/۸۴۴	<۰/۰۰۱	۰/۲۲۹
	گواه	۷/۴۶	۲/۲۶	۸/۰۷	۲/۹۸			
بازداری شناختی	آزمایش	۲۴/۴۰	۹/۳۲	۲۱/۳۳	۹/۱۷	۵۴/۵۹۶	<۰/۰۰۱	۰/۴۲۸
	گواه	۲۳/۵۳	۱۰/۱۹	۲۲/۹۳	۱۰/۲۸			

باتوجه به جدول ۲، مقدار احتمال برای مؤلفه‌های متغیر تحمل پریشانی و متغیر بازداری شناختی (p<۰/۰۰۱) بود. یافته‌ها نشان داد، بین گروه‌ها در این متغیرها تفاوت معناداری وجود داشت. نتایج بررسی میانگین‌ها مشخص کرد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد مؤثر است و موجب کاهش نمرات بازداری شناختی و افزایش تحمل پریشانی می‌شود. همچنین اندازهٔ اثر در جدول ۲ نشان‌دهندهٔ میزان تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش متغیر بازداری شناختی (۰/۴۲۸) و افزایش مؤلفه‌های متغیر تحمل پریشانی دانش‌آموزان دبیرستانی مبتلا به افسردگی شامل تحمل (۰/۳۹۶)، جذب (۰/۳۲۶)، ارزیابی (۰/۲۶۷) و تنظیم (۰/۲۲۹) بود و براساس شاخص اندازهٔ اثر به‌دست‌آمده برای مؤلفه‌های متغیرهای پژوهش، مقادیر اندازهٔ اثر حاصل در سطح قوی قرار داشت.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر بازداری شناختی و تحمل پریشانی دانش‌آموزان افسردهٔ دختر مقطع متوسطهٔ دوم انجام شد. اولین یافتهٔ پژوهش نشان داد، بین گروه آزمایش و گروه گواه، در نمرات مربوط به هریک از مؤلفه‌های متغیر تحمل پریشانی، در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت. باتوجه به بیشتربودن میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون، چنین نتیجه می‌شود که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد مؤثر بوده است و مؤلفه‌های تحمل پریشانی و نمرهٔ کل تحمل پریشانی دانش‌آموزان افسرده را افزایش داده است. در زمینهٔ نتیجهٔ به‌دست‌آمده در جامعهٔ هدف، مطالعه‌ای به‌صورت مستقیم انجام نشده است؛ اما نتیجهٔ حاصل با نتایج تقریباً مشابه و نزدیک در این زمینه همسوست. یافته‌های پژوهش احمدی و رئیسی نشان داد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن (تحمل پریشانی هیجانی، برآورد ذهنی پریشانی، تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی) مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم تأثیر مثبت دارد؛ ولی مداخله نتوانست برخلاف یافتهٔ پژوهش حاضر، مؤلفهٔ تحمل جذب‌شدن به‌وسیلهٔ هیجانات منفی را بهبود بخشد (۲۷). شیدایی اقدم و همکاران در پژوهشی دریافتند، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش افکار ناکارآمد و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به اماس مؤثر است (۲۸).

در تبیین یافتهٔ مذکور پژوهش حاضر می‌توان گفت، یکی از فرایندهایی که در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به آن توجه می‌شود، فرایند عمل متعهدانه است. در این درمان، ترغیب افراد به روشن‌کردن ارزش‌ها،

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-08]

تعیین اهداف، پیش‌بینی موانع و درنهایت، تعهد به انجام‌دادن اعمالی در راستای دستیابی به اهداف و حرکت درجهت ارزش‌ها به‌وجود می‌آید و باعث می‌شود، ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی‌از آن بر رضایت از زندگی افزوده شود؛ همچنین فرد را از گیرافتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی (اضطراب، یأس، افسردگی) که به‌نوبهٔ خود سبب افزایش تحمل پریشانی وی می‌شود، رهایی می‌بخشد و موجبات کاهش تحمل پریشانی و افزایش سلامت را در فرد فراهم می‌کند (۴۳). در تبیینی دیگر می‌توان گفت، در رفتاردرمانی مبتنی‌بر پذیرش هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً به‌منظور اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام گیرد یا درحقیقت تحمیل شود. در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد دربارهٔ تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی امور کاهش یابد (۲۱). به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی به‌منظور اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی برای حذف آن‌ها، به‌طور کامل پذیرفت. در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظهٔ حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظهٔ حال آگاهی می‌یابد. در مرحلهٔ سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا کند (جداسازی شناختی)؛ به‌نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. در مرحلهٔ چهارم تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی یا داستان شخصی (مانند قربانی‌بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است، صورت می‌گیرد. در مرحلهٔ پنجم به فرد کمک می‌شود تا ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آن را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها). درنهایت، ایجاد انگیزه برای عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص‌شده به‌همراه پذیرش تجارب ذهنی است. این تجارب ذهنی می‌تواند افکار افسرده‌کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث (تروما)، هراس‌ها یا اضطراب‌های اجتماعی باشد (۲۳)؛ بنابراین مجموعه عوامل مذکور موجب می‌شود میزان تحمل پریشانی فرد افسرده دربرابر رویدادهای ناخوشایند ارتقا یابد.

دیگر یافتهٔ پژوهش حاضر نشان داد، بین گروه آزمایش و گروه گواه در نمرات مربوط به بازداری شناختی، در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت. باتوجه به کمتربودن میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون، چنین نتیجه می‌شود که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد مؤثر است و سبب کاهش بازداری شناختی دانش‌آموزان افسرده می‌شود. تاآنجاکه محقق بررسی کرد، در زمینهٔ نتیجهٔ به‌دست‌آمده مطالعه‌ای به‌صورت مستقیم در جامعهٔ هدف، انجام نشده است؛ اما با پژوهش‌های مشابه در این زمینه همسوست. پژوهش حاجی اقراری و همکاران در زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر بیانگر اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش بازداری رفتاری و اجتناب شناختی رفتاری زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود (۲۴). پژوهش امیریان و همکاران نشان داد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در بازداری رفتاری و فعال‌سازی رفتاری مردان سوءمصرف‌کنندهٔ مواد اثربخش است (۲۵). نتایج مطالعهٔ عباسی و همکاران مشخص کرد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد باعث ارتقای کارکردهای شناختی‌هیجانی جانبازان می‌شود (۲۶).

در تبیین یافتهٔ مذکور می‌توان گفت، دانش‌آموزان افسرده، به‌ویژه درقبال خطاهای شناختی ازقبیل فاجعه‌آفرینی (گفت‌وگو با خود، افکار یا تصویر ذهنی پیش‌بینی‌کنندهٔ جنبه‌های منفی و پیامدهای ناخوشایند یک واقعه یا تفسیر غلط و به‌شدت منفی از رویدادی و نتایج حاصل از آن) بسیار حساس هستند. همچنین خطاهای شناختی ازقبیل تعمیم افراطی (فرض اینکه نتیجهٔ یک حادثه الزاماً در حوادثی که قرار است در آینده روی دهد یا در حوادث مشابه مصداق خواهد داشت)، شخصی‌سازی (تغییر حوادث منفی با دیدی فردی و با مسئولیت‌های شخصی) و انتزاع انتخابی (برداشت انتخابی از جنبه‌های منفی حادثه‌ای) به‌طور فراوانی در افراد افسرده دیده می‌شود (۴۴). آموزش درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با کمک به مهار افکار و رفتارهای نامناسب به مهار خود کمک می‌کند تا فرد اعمال خودخواسته‌ای را انجام دهد. درواقع ازآنجاکه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به‌معنای خواستن هیجانات و تجارب آزاردهنده و تحمل صرف آن‌ها نیست می‌تواند منجربه این شود که فرد به‌گونه‌ای خودخواسته و آگاهانه افکار، هیجانات و رفتارهای خود را تجربه کند؛ به‌عبارتی، کارکرد شناختی مهار خود را که عملی ارادی و خودخواسته است، تقویت کند (۴۵).

از سوی دیگر، رویکرد پذیرش و تعهد با مدنظر قراردادن رفتارشناسی که عبارت از آگاهی مداوم از خود است، باعث می‌شود فرد به‌طورمداوم تجربه‌ای آگاهانه از این موضوع داشته باشد که باوجود تغییرپذیربودن دیدگاه، افکار، احساس‌ها، گرایش‌ها، حواس، نقش‌ها و غیره، خود فرد پیوسته ثابت است؛ به همین دلیل خود را به‌طور مداوم مسئول خود می‌داند و بر همین اساس باعث مهار خود و بروز کارکردهای مسئولانه و خودخواسته می‌شود (۴۶).

از سویی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به‌عنوان مداخله‌ای رفتاری به انسان کمک می‌کند تا بیشتر در لحظات کنونی زندگی کند و به‌جای افکار، احساسات و تجارب دردناک، بر ارزش‌ها و اهداف مهم تمرکز کند. فرد با این باور که بسیاری از مشکلات او کنترل‌نشدنی است وارد مرحلهٔ درمانی می‌شود. درمان این انتظار را در فرد به‌وجود می‌آورد که می‌تواند مشکلات خود را به‌نحوی مؤثر کنترل کند. سپس لازم است مهارت‌هایی به فرد آموزش داده شود تا به‌وسیلهٔ آن‌ها به‌نحوی مؤثر به مشکلات فعلی و نیز به مشکلات جدیدی که بعد از پایان درمان ایجاد می‌شود، پاسخ دهد (۴۷).

این پژوهش دارای محدودیت‌های بود؛ ازجمله می‌توان به تمرکز مطالعه بر یک جنس اشاره کرد که درنتیجه در تعمیم یافته‌ها باید جانب احتیاط رعایت شود. همچنین این مطالعه بر دانش‌آموزان دختر مبتلا به افسردگی همراه با اجرانشدن دورهٔ پیگیری انجام شد و پژوهش‌های آینده با لحاظ‌کردن این محدودیت‌ها و درنظرداشتن تأثیر بافت فرهنگی بر شدت افسردگی به انجام مطالعه روی گروه‌های مختلف سنی، بر هر دو جنس و همراه با دوره‌های پیگیری بپردازند. همچنین استفادهٔ فراگیر از روش‌های کل‌نگر، تیمی و بین‌رشته‌ای در درمان، تدوین برنامه‌های

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-08]

پیشگیرانه براساس رویکرد پذیرش و تعهد و استفاده از نقش پیشگیرانهٔ آن به‌منظور حمایت از آن‌ها دربرابر رویدادهای استرس‌زای زندگی، به متخصصان، درمانگران، روان‌شناسان و مشاوران پیشنهاد می‌شود.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به‌طور معناداری موجب کاهش بازداری شناختی و افزایش تحمل پریشانی دانش‌آموزان افسرده در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه می‌شود؛ ازاین‌رو می‌توان نتیجه گرفت، تمرین‌های درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، وضعیت روان‌شناختی دانش‌آموزان افسرده را ارتقا می‌بخشد؛ بنابراین درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، یکی از روش‌های درمانی غیردارویی کارآمد در مدیریت روان‌شناختی بیماران افسرده معرفی می‌شود و ضروری است که به‌عنوان درمانی مؤثر در کنار درمان‌های دارویی مدنظر قرار گیرد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در اجرای این پژوهش مشارکت داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط ازجمله محرمانه‌بودن پرسش‌نامه‌ها، رضایت آگاهانهٔ شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از پژوهش رعایت شد. همچنین به‌دلیل رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از پایان جلسات آموزشی، جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد برای گروه گواه برگزار شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش حاصل طرح پژوهشی مستقلی بوده که بدون حمایت مالی سازمان خاصی صورت گرفته است. همچنین مجوز اجرای آن با شمارهٔ ۱۰/۰۳۲ از مرکز خدمات مشاوره و روان‌شناسی راه برتر به تاریخ ۳۱فروردین۱۳۹۹ صادر شده است.

References

1. Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Luján L, Fernández A, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010;45:201-10. https://doi.org/10.1007/s00127-009-0056-y
2. Mohabbat Bahar S, Moradi Joo M, Raygani Sm, Mashhadi A, Bigdeli I. Effectiveness of repetitive transcranial magnetic stimulation on working memory of patients with treatment-resistant major depression disorder. Research in Medicine. 2017;41(2):77–85. [Persian] http://pejouhesh.sbmu.ac.ir/article-1-1667-en.html
3. Button K, Kounali D, Thomas L, Wiles NJ, Peters TJ, Welton NJ, et al. Minimal clinically important difference on the Beck Depression Inventory-II according to the patient's perspective. Psychol Med. 2015;45(15):3269–79. doi:10.1017/S0033291715001270
4. Gayathri D, Rashmi BS. Mechanism of development of depression and probiotics as adjuvant therapy for its prevention and management. Mental Health & Prevention. 2017;5:40–51. doi:10.1016/j.mhp.2017.01.003
5. Barlow DH. Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual. 5th edition. New York: Guilford Press; 2014.
6. Gholamrezaei S, Yousefvand M, Ghazanfari F, Farokhzadian AA. The effectiveness of meta cognitive therapy in meta cognitive beliefs change and body image concern (BICI) of depressed female high school. Journal of Instruction & Evaluation. 2018;10(40):105–27. [Persian] http://jinev.iaut.ac.ir/article_538062.html?lang=en
7. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2016;316(21):2214–36. doi:10.1001/jama.2016.17324
8. Saleh J, Mahmoudi O, Paydar M. Efficacy of cognitive-behavioral therapy on the reduction of depression among students. Journal of Child Mental Health. 2015;2(1):83–8. [Persian] http://childmentalhealth.ir/article-1-34-en.html
9. Jalilian F, Emdadi S, Karimi M, Barati M, Gharibnavaz H. Depression among college students the role of general self-efficacy and perceived social support. Avicenna J Clin Med. 2012;18(4):60–6. [Persian] http://sjh.umsha.ac.ir/article-1-215-en.html
10. Atadokht A, Daneshvar S, Fathi Gilarlou M, Soleymanyi I. The psychological distress profile of mothers and adolescents' depression, anxiety and stress in Ardabil in 2014. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2015;14(7):549–60. [Persian] http://journal.rums.ac.ir/article-1-2510-en.html
11. Golzar HR, Aflakseir A, Molazadeh J. Structural equation modeling of dysfunctional attitudes and depression symptoms: investigation of the mediation role of ruminative response style. Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2017;22(4):318–29. [Persian] doi:10.18869/nirp.ijpcp.22.4.318
12. López-Caneda E, Rodríguez Holguín S, Cadaveira F, Corral M, Doallo S. Impact of alcohol use on inhibitory control (and vice versa) during adolescence and young adulthood: a review. Alcohol and Alcoholism. 2014;49(2):173–81. doi:10.1093/alcalc/agt168
13. Tomlinson A, Grayson B, Marsh S, Hayward A, Marshall KM, Neill JC. Putative therapeutic targets for symptom subtypes of adult ADHD: D4 receptor agonism and COMT inhibition improve attention and response inhibition in a novel translational animal model. European Neuropsychopharmacology. 2015;25(4):454–67. doi:10.1016/j.euroneuro.2014.11.016
14. Lawrence AJ, Luty J, Bogdan NA, Sahakian BJ, Clark L. Impulsivity and response inhibition in alcohol dependence and problem gambling. Psychopharmacology. 2009;207(1):163–72. doi:10.1007/s00213-009-1645-x
15. MacKillop J, De Wit H. The Wiley-Blackwell handbook of addiction psychopharmacology. Oxford, UK: John Wiley & Sons; 2013. doi:10.1002/9781118384404

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-08]

16. Simons RM, Sistad RE, Simons JS, Hansen J. The role of distress tolerance in the relationship between cognitive schemas and alcohol problems among college students. Addictive Behaviors. 2018;78:1–8. doi:10.1016/j.addbeh.2017.10.020
17. Bartone PT, Hystad SW, Eid J, Brevik JI. Psychological hardiness and coping style as risk/resilience factors for alcohol abuse. Military Medicine. 2012;177(5):517–24. doi:10.7205/MILMED-D-11-00200
18. Chew CE. The effects of dialectical behavioral therapy on moderately depressed adults [PhD dissertation]. Denver: College of Educatin, University of Denver; 2006.
19. Zettle RD. Acceptance and commitment therapy for depression. Current Opinion in Psychology. 2015;2:65–9. doi:10.1016/j.copsyc.2014.11.011
20. Brown M, Glendenning AC, Hoon AE, John A. Effectiveness of web-delivered acceptance and commitment therapy in relation to mental health and well-being: a systematic review and meta-analysis. J Med Internet Res. 2016;18(8):221–28. doi:10.2196/jmir.6200
21. Forman EM, Herbert JD. Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy. Hoboken, New Jersey: John Willey & Sons Inc; 2011.
22. Harris R. Mabani nazari darman mobtani bar ta'ahod va paziresh be zabani sade (Bakhsh dovom) [Theoretical foundations of commitment-based therapy and acceptance in a simple language (Part II)]. Feizi A. (Persian Translator). Tehran: Psychological Services Center and Life Counselor; 2013.
23. Mirzaeidoostan Z, Zargar Y, Zandi Payam A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on death anxiety and mental health in women with HIV in Abadan city, Iran. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2019;25(1):2–13. [Persian] doi:10.32598/ijpcp.25.1.2
24. Haji Eghrari L, Asadi F, Javazi S, Atef Vahid T. Effectiveness of acceptance and commitment (ACT) therapy on behavioral inhibition and cognitive-behavioral avoidance of women with generalized anxiety disorder. Iranian Journal of Nursing Research. 2019;13(6):31–8. [Persian] http://ijnr.ir/article-1-2126-en.html
25. Amirian K, Mami SH, Ahmadi V. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and dialectic behavioral therapy (DBT) on behavioral inhibition and behavioral activation on men with substance abuse. Journal of Community Health. 2017;11(3,4):86–95. [Persian] http://chj.rums.ac.ir/article_70887.html?lang=en
26. Abbasi M, Khazan K, Pirani Z, Ghasemi Jobaneh R. Effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on cognitive-emotional functions of veterans. Iran J War Public Health. 2016;8(4):203–8. [Persian] http://ijwph.ir/article-1-594-en.html
27. Ahmadi A, Raeisi Z. The effect of acceptance and commitment therapy on distress tolerance in mothers of children with autism. J Child Ment Health. 2018;5(3):69–79. [Persian] http://childmentalhealth.ir/article-1-349-en.html
28. Sheydayi Aghdam S, Shamseddini lory S, Abassi S, Yosefi S, Abdollahi S, Moradi Joo M. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment in reducing distress and inefficient attitudes in patients with MS. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2015;9(34):57–66. [Persian] https://jtbcp.riau.ac.ir/article_108.html?lang=en
29. Roohi R, Soltani AA, Zinedine Meimand Z, Razavi Nematollahi V. The effect of acceptance and commitment therapy (ACT) on increasing the self-compassion, distress tolerance, and emotion regulation in students with social anxiety disorder. J Child Ment Health. 2019;6(3):173–87. doi:10.29252/jcmh.6.3.16
30. Brown RA, Palm KM, Strong DR, Lejuez CW, Kahler CW, Zvolensky MJ, et al. Distress tolerance treatment for early-lapse smokers: rationale, program description, and preliminary findings. Behav Modif. 2008;32(3):302–32. doi:10.1177/0145445507309024
31. Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: a case study with two couples. Cognitive and Behavioral Practice. 2009;16(4):430–42. doi:10.1016/j.cbpra.2008.12.009
32. Gall MD, Borg WR, Gall JP. Educational research: an introduction. 6th edition. Boston: Longman Publishing; 1996.
33. Lobbestael J, Leurgans M, Arntz A. Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I disorders (SCID I) and axis II disorders (SCID II). Clinical Psychology & Psychotherapy. 2011;18(1):75–9. doi:10.1002/cpp.693
34. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
35. Parhoon H, Moradi A, Hatami M, Parhoon K. Comparison of the brief behavioral activation treatment and meta-cognitive therapy in the reduction of the symptoms and in the improvement of the quality of life in the major depressed patients. Journal of Research in Psychological Health. 2013;6(4):36–52. [Persian] http://rph.khu.ac.ir/article-1-1533-en.html
36. Sharifi V, Assadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. A Persian translation of the Structured clinical interview for diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition: psychometric properties. Comprehensive Psychiatry. 2009;50(1):86–91. doi:10.1016/j.comppsych.2008.04.004
37. Stefan-Dabson K, Mohammadkhani P, Massah-Choulabi O. Psychometrics characteristic of Beck Depression Inventory-II in patients with magor depressive disorder. Journal of Rehabilitation. 2007;8:82. [Persian] http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-135-en.html
38. Simons JS, Gaher RM. The distress tolerance scale: development and validation of a self-report measure. Motivation and Emotion. 2005;29(2):83–102. doi:10.1007/s11031-005-7955-3
39. Azizi A, Mirzaei A, Shams J. Correlation between distress tolerance and emotional regulation with students smoking dependence. Hakim Research Journal. 2010;13(1):11–8. [Persian] http://hakim.hbi.ir/article-1-608-en.html
40. Wegner DM, Zanakos S. Chronic thought suppression. Journal of Personality. 1994;62(4):615–40. doi:10.1111/j.1467-6494.1994.tb00311.x
41. Saed O, Purehsan S, Aslani J, Zargar M. The role of thought suppression, meta-cognitive factors and negative emotions in prediction of substance dependency disorder. Research on Addiction. 2011;5(18):69–84. [Persian] http://etiadpajohi.ir/article-1-354-en.html
42. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change. Second edition. New York, London: Guilford Press; 2012.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-08]

43. McWilliams LA, Cox BJ, Enns MW. Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. Pain. 2003;106(1–2):127–33. doi:10.1016/S0304-3959(03)00301-4
44. Mousavi E, Gharraee B, Ramazani Farani A, Taremian F. Comparison of cognitive errors and rumination in obsessive-compulsive and social phobia disorders. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2017;23(1):10–21. [Persian] doi:10.18869/nirp.ijpcp.23.1.10
45. Farahani F, Dokanei Fard F, Delavar A. Comparison of the effectiveness of coupled communication imaging therapy (imago therapy) with acceptance and commitment therapy (ACT) on the mental health of couples. Iranian Journal of Educational Sociology. 2018;1(9):91–103.
46. Mofid V, Fatehizadeh M, Dorosti F. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression and quality of life of women criminal prisoners in Isfahan city. Strategic Research on Social Problems in Iran University of Isfahan. 2017;6(3):17–30. [Persian] https://ssoss.ui.ac.ir/article_22268.html?lang=en
47. Razavi SB, Aboalghasimi S, Akbari B, Nadirinabi B. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on feeling hope and pain management of women with chronic pain. Journal of Anesthesiology and Pain. 2019;10(1):36–49. [Persian] http://jap.iums.ac.ir/article-1-5423-en.html

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-08]