

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال یازدهم شماره ۴۴ زمستان ۱۳۹۵

بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر روی افسردگی و

بهبودی معنوی دختران نابینای شهرکرد

سجاد تاجور رستمی^۱

فاطمه رحیمی خوراسگانی^۲

ملیحه‌السادات کاظمی^۳

چکیده

هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و بهبودی معنوی دختران نابینای شهر شهرکرد بود. روش تحقیق از نوع نیمه‌آزمایشی (پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل) بود. جامعه آماری، کلیه دختران نابینا شهرکرد 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 بهبودی 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 بهبودی معنوی دختران نابینا منجر می‌گردد. از این پژوهش می‌توان استنباط کرد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد، روش مناسبی برای کاهش افسردگی و افزایش بهبودی معنوی دختران نابینا می‌باشد.

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

1- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه آزاد نجف‌آباد (نویسنده مسئول)

2- مدرس روانشناسی عمومی

3- استادیار و مدیرگروه روانشناسی دانشگاه آزاد نجف‌آباد

مقدمه

نابینایی معلولیتی است که احتمالاً فرد را تحت فشار عصبی قرار داده و احساس عدم امنیت و ناکامی را در او پرورش می‌دهد (کرو کشنک^۱، ۱۹۷۱).

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 هندریج^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 تحت‌الشعاع قرار دهد (امامی، 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 تیتز^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 به‌طور 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 بپذیرند و در اجتماع خصایص انسانی را نشان دهند.

در سال‌های گذشته، معنویت و مقابله مذهبی به‌عنوان 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 (هاوکز^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 زمره شاخص‌های مطرح برای بهزیستی معنوی است (جارسما^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، ناامیدی و افسردگی و...) می‌شود و به‌وسیله آن می‌توان ارزش‌های زندگی‌مان را الویت‌بندی کنیم درمان مبتنی 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. ACT ریشه در نظریه فلسفی عمیقی دارد که زمینه‌گرائی عملکردی خوانده می‌شود و به‌لحاظ نظری مبتنی 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 تجربه‌ای و تناقض منطقی برای رهایی از محتوای لفظی زبان و ایجاد ارتباط بیشتر با جریان مداوم 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 درصدد پاسخگویی به این سوال است که آیا درمان پذیرش و تعهد بر روی افسردگی و بهزیستی معنوی دختران نابینای شهرکرد تأثیرگذار می‌باشد؟

روش

نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از دختران نابینا شهر شهرکرد است، که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب می‌شوند گروهی از دختران نابینا که به مرکز آموزش بهزیستی مراجعه می‌کنند، برای حضور در جلسات تشویق می‌شوند، و به‌طور 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^۲، وارد مندلسون^۳ موک^۴ و ارباف^۵ معرفی شد، در سال ۱۹۷۱ مورد تجدیدنظر قرار گرفت و در سال ۱۹۷۸ منتشر گردید. اگرچه در فرم اخیر (BDI-IA)، ماده‌های پرسش‌نامه به‌صورت 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
3- Ward Mendelson
5- Erbaugh

2- Beck
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 تمرکز، از دست دادن انرژی)، چهار ماده آن تغییر داده شد. همچنین برای نشان دادن کاهش اشتها و خواب، در دو ماده آن تجدیدنظر به عمل آمد. به‌علاوه، متن یا جمله‌بندی بسیاری از ماده‌های دیگر تغییر یافت. مقایسه بین BDI و BDI-II نشان می‌دهد که اولاً مراجعان در پاسخ دادن به فرم BDI-II، یک یا دو نشانه را بیش از فرم اولیه تأیید می‌کنند و ثانیاً آزمودنی‌های سطوح بالاتر افسردگی بیش از افسرده‌های سطوح پایین‌تر، نشانه‌ها یا ماده‌ها را تأیید می‌کنند. علیرغم نمرات نسبتاً بالاتر در BDI-II، به‌طور کلی همبستگی بالایی بین این دو فرم وجود دارد و با اندکی احتیاط می‌توان گفت که BDI-II با فرم قبلی خود کاملاً قابل مقایسه است و نتایج بیشتر پژوهش‌های انجام شده در مورد BDI را می‌توان به BDI-II تعمیم داد.

این پرسش‌نامه که شامل ۲۱ سوال است، به منظور سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده ساخته شده است و ماده‌های آن اساساً بر مبنای مشاهده و تلیخیص نگرش‌ها و نشانه‌های متداول در میان بیماران روانی افسرده تهیه شده‌اند. به‌عبارت دیگر، این مواد و وزن‌های آنها به‌طور منطقی انتخاب شده‌اند. محتوای این پرسش‌نامه، به‌طور جامع نشانه‌شناسی افسردگی است، اما بیشتر بر محتوای شناختی تأکید دارد. پرسش‌نامه افسردگی بک از نوع آزمون‌های خودسنجی است و در پنج تا ده دقیقه تکمیل می‌شود. ماده‌های آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خودبیزاری و... هستند. به این ترتیب که ۲ ماده از آن به عاطفه، ۱۱ ماده به شناخت، ۲ ماده به رفتارهای آشکار، ۵ ماده به نشانه‌های جسمانی و ۱ ماده به نشانه‌شناسی میان‌فردی اختصاص یافته است. به این ترتیب این مقیاس، درجات

مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است.

مقیاس بهزیستی معنوی پالوتزین^۱ و الیسون^۲ (۱۹۲۸، 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 درجه ای لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم نمره‌گذاری می‌شود. با نمره‌گذاری مقیاس مذکور سه نمره بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و نمره کل بهزیستی معنوی به‌دست می‌آید، دامنه نمره کل این مقیاس بین ۲۰ تا ۱۲۰ می‌باشد. پالتوزین و الیسون ضریب پایایی بازآزمایی برای خرده‌مقیاس بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و نمره کل مقیاس به ترتیب برابر ۰/۹۶، ۰/۸۶ و ۰/۹۳ و ضریب آلفای کرونباخ آن به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. 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 به‌دست 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 محاسبه 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

1- Paloutzian

2- Ellison

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) - تعهد رفتاری - تکلیف

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

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

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

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

جلسه هشتم: - استعاره حباب - استعاره نهال - مرور جلسات قبیل - ارزیابی تعهد به عمل - انجام پس از آزمون (برگرفته از کتاب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد عابدی، ایزدی، ۱۳۹۱، کارگاه درمان وسواس act، دکتر 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	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات انا	توان 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 نابینا 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

بهبودی معنوی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات	توان آماری
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 نابینایان در دو گروه آزمایش و کنترل در مقیاس بهبودی 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 بهبودی معنوی نابینایان تأثیر دارد. و با در نظر گرفتن مجذور آتا، 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 بهبودی معنوی، در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون مؤثر بوده است.

یافته‌های حاضر با یافته‌های پژوهش‌های مهربودست (۱۳۹۲)، رئیسینان، گلزاری و برجلی (۱۳۸۹)، بیجاری و همکاران (۱۳۸۷)، رباط میلی، مهربابی، کریمی (۱۳۹۲)، حر، آقایی، عابدی، عطاری (۱۳۹۱)، رجبی، یزدخواستی (۱۳۹۳)، نریمانی، عباسی و همکاران (۱۳۹۱)، آنجیولا و بوون (۲۰۱۳)، برانستیتیر، ویلسون و همکاران (۲۰۰۴)، دزوریلا^۱ (۱۹۸۸)، همسو و همخوان است. به‌طور مثال زیدان^۲ و همکاران (۲۰۰۹)، نشان دادند که

1- De Zurilla

2- Zeidan

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

همه می‌دانیم که بعضی افکار بیمارگونه و مریض‌اند. بعضی افکار برعکس شادی بخش و انرژی‌آفرین‌اند. بعضی افکار هم خنثی هستند. فرد ذهن آگاه با همه این افکار و احساسات مهربان است. او به همه آنها اجازه می‌دهد جلوی چشمانش رژه 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 انرژی‌بر فکر چرخ 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 به‌سرعت رابطه خود با تجارب مشکل‌آفرین درونی خود را عوض کنند و در همان حال رفتار خود را تغییر بدهند نه اینکه منتظر باشند تا آن افکار یا احساسات مشکل‌آفرین بروند.

گاهی درباره افسردگی به‌عنوان یک احساس صحبت می‌شود اما افسردگی چیزی بیشتر از این حرف‌ها است. افسردگی با یک دستورالعمل هدایت می‌شود: «از حال بد دوری کن». وقتی فرد افسرده هست توانایی یا تمایل کمتری برای احساس کردن دارد و به‌دلیل توانایی یا تمایل کمتری به اقدام کردن پیدا می‌کند. به‌عبارت دیگر وقتی نمی‌خواهد چیزی را احساس کند، احساسی به او دست می‌دهد که نامش افسردگی است. ACT بساط این نگرش را به هم می‌زند و در عوض روی این تمرکز می‌کند که چگونه در هر حال و هر وضعیت فکری به‌سوی 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 درواقع 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.

مراجعات افسرده اغلب از موقعیت‌های اجتماعی کنار می‌کشند تا از افکار ناراحت‌کننده‌ای نظیر «من خسته‌کننده هستم؛ چیزی برای گفتن ندارم، از خودم خوشم نمی‌آید» و نیز احساسات ناخوشایندی نظیر اضطراب و خستگی و ترس از طرد شدن اجتناب کنند. دوری از فعالیت اجتماعی شاید در کوتاه‌مدت حس آسودگی را نتیجه بدهد اما در طولانی‌مدت انزوای اجتماعی پاییز عمر افسردگان را سردتر خواهد کرد. مخصوصاً در دختران نابینا که افکار و احساسات منفی به سراغشان می‌آید و آنها را گوشه‌گیر و به تنهایی و انزوا می‌کشاند و دوباره شروع به فکر کردن درباره گذشته خود می‌کنند و همین‌طور گذشتۀ خود را نشخوار می‌کنند تا به یک جواب قانع‌کننده برای مسأله خود پیدا کنند.

در تبیین یافته‌های فرضیه دوم می‌توان بیان کرد که در آموزش دختران نابینا به روشن‌سازی اینکه چه چیزی برایشان واقعاً اهمیت دارد و در عمق قلبشان ریشه دارد؛ می‌خواهند چگونه فردی باشند؛ چه چیزی برایشان پر معنا و مهم است و می‌خواهند در این زندگی چگونه باشند پرداخته شد با استفاده از یادگیری مشاهده که در آن دختران نابینا 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 نابینا 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 نابینا که یک نقص جسمی دارند بیشتر به دنبال یک منبع قدرت هستند که به آن متوسل شوند تا بتوانند از پس مشکلات خود برآیند و همیشه دنبال یک دلیل برای این نقص خود می‌باشند. با کمک این درمان می‌توان به نابینایان یاد داد که با وجود این نقص هم می‌توان زندگی پربار و باارزشی 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 قایل باشد و برای رسیدن به زندگی معنادار که بالاترین مرحله رویکرد تحلیل رفتار متقابل برن که من خوبم 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 درک کنیم. برعکس اگر احساسات فقط احساس باشند، همانطور معنا پیدا می‌کنند که عمل می‌کنیم.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله:

۱۳۹۵/۰۴/۲۷

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله:

۱۳۹۵/۰۸/۱۳

تاریخ پذیرش مقاله:

۱۳۹۵/۱۱/۲۴



منابع

- امامی، ف. (۱۳۸۲). بررسی شیوع افسردگی در دانشجویان علوم پزشکی اردبیل، رساله دکتری پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل.
- ایزدی روعابدی، 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 گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد امیددرمانی بر افزایش امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان، *پایان‌نامه 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*، (۲) ۱۱-۱۲۱-۱۲۸.
- رباط میلی، س؛ مهرابی زاده هنرمند، م؛ زرگر، ی. و کریمی، ر. (۱۳۹۲). تأثیر معنادرمانی گروهی بر افسردگی و امید در دانشجویان، *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۴، ۳، ۱۰-۳.
- رجبی، 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): ۲۹-۳۹.
- رئیسیان، گلزاری م، برجلی (۱۳۸۹). اثربخشی امیددرمانی بر کاهش میزان افسردگی و پیشگیری از عود و در زنان درمانجوی وابسته به مواد مخدر، *فصلنامه اعتیاد پژوهشی سوء مواد*، ۵-۱۷.
- مهردوست، ز؛ نشاطدوست و حوعابدی، ا. (۱۳۹۲). اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی بر کاهش توجه متمرکز بر خود و بهبود باورهای خودکارآمدی اجتماعی، *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، شماره (۱۵) ۳، ۸۲-۶۷.
- نریمانی، م؛ عباسی، م؛ ابوالقاسمی، ع و احدی، ب. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی آموزش و تعهد با آموزش تنظیم هیجان بر سازگاری دانش‌آموزان دارای اختلال ریاضی، *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، (۲) 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., Mohacsi, 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 Cog*, 19(2): 597-6-5.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی