



اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی در تنظیم شناختی هیجان‌های مثبت و شادکامی بیماران مبتلابه اختلال افسردگی اساسی

دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران
دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

الهام پاک طینتان

محبوبه چین آوه*

صمد فریدونی

hivachinaveh@gmail.com

پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۰۳ ایمیل نویسنده مسئول:

دریافت: ۱۴۰۰/۰۵/۰۳

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۱ پایانی | ۲۶۳-۲۸۴
بهار ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی در تنظیم شناختی هیجان و شادکامی بیماران مبتلابه اختلال افسردگی اساسی بود. روش پژوهش: روش پژوهش از نوع مطالعات نیمه آزمایشی است که به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله‌ی پیگیری سه‌ماهه مداخله درمانی بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از بین بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی شهرستان جهم، سیراف، کنگان، عسلویه و شهرک‌های پردیس و شهرک نفت جم در سال ۱۳۹۹ انتخاب و به صورت تصادفی در یک گروه ۸ نفر آزمون و یک گروه ۸ نفر کنترل گمارده شدند. پس از اجرای پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش به مدت ۸ جلسه (جلسات ۹۰ دقیقه در ۸ هفته متوالی) در معرض گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل: پرسشنامه‌های تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و همکاران و شادکامی آکسفورد بود. داده‌ها با استفاده از روش آماری نتایج تحلیل واریانس با رویکرد اندازه‌گیری مکرر و با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۲۵ مورد تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت موجب افزایش تنظیم شناختی هیجان‌های مثبت و شادکامی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون شده است ($P=0/05$)؛ و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار بود ($P=0/05$). **نتیجه‌گیری:** نتایج کلی این پژوهش بیانگر تأثیر گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی بر بیماران مبتلابه اختلال افسردگی اساسی هست که در نهایت منجر به افزایش تنظیم شناختی هیجان‌های مثبت و شادکامی می‌گردد که این مسئله می‌بایست به‌طور مداوم جزء برنامه‌های اصلی مراکز مشاوره قرار بگیرد تا بیماران مبتلابه اختلال افسردگی اساسی با حضور در جلسات بتوانند با برنامه‌ریزی اهداف عینی و رفتاری، میزان رفتارهای ناسازگارانه را کاهش دهند.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شفقت درمانی، تنظیم شناختی هیجان مثبت، شادکامی.

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(پاک طینتان، چین آوه و فریدونی، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

پاک طینتان، الهام، چین آوه، محبوبه، و فریدونی، صمد. (۱۴۰۱). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی در تنظیم شناختی هیجان‌های مثبت و شادکامی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۳(۱ پایانی ۱۰): ۲۶۳-۲۸۴.

مقدمه

اختلال جمله بی‌علاقگی، احساس گناه، درماندگی و افکار خودکشی همراه است. تقریباً ۲۵ درصد زنان و ۱۷ درصد مردان در طول عمرشان به اختلال افسردگی مبتلا می‌شوند. شیوع بالای افسردگی موجب شده تا پژوهش‌های گوناگون متغیرهای مرتبط با این اختلال را مورد بررسی قرار دهند از جمله این متغیرها تنظیم شناختی هیجان^۱ است. تنظیم شناختی هیجان، نوعی راهبرد مقابله‌ای شناختی است که منبع پاسخ فرد است و تمام فرآیندهای درونی و بیرونی را در برمی‌گیرد که مسئول نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی، به‌ویژه حالت‌های شدید و زودگذر است. در واقع تنظیم هیجان فرایندی است که از طریق آن افراد می‌توانند بر این‌که چه هیجانی داشته باشند و چه هنگام آن‌ها را ابراز کنند تأثیر بگذارند (ابراهیمی مقدم، ۱۳۹۴). باورهای واسطه‌ای و افکار ناکارآمد که طیف گسترده‌ای از تجربیات افراد را در برمی‌گیرد باعث مزمن شدن مشکلات و ایجاد ساختارهای شناختی فراگیر در مورد خود و بیماری می‌شوند. بک (۱۹۷۰)، بیان می‌کند که افکار، تجسمات و تکانه‌های مزاحم زمانی به آشفتگی می‌انجامد که برای فرد مهم باشند و با افکار خود آیند منفی مرتبط شوند. وقتی شناخت شکل غیرمنطقی به خود می‌گیرد آنگاه هیجان ناشی از این شناخت غیرمنطقی نیز از تنظیم خارج گشته و به دنبال آن رفتارهای غیرمنطقی تشکیل می‌شود (اسمعیلی، ۱۳۹۵).

از طرفی شفقت به خود^۲ یک وضعیت ذهنی مثبت و از سازه‌های نظری است که می‌تواند نتایج مداخله بر اساس ذهن آگاهی را میانجی‌گری نماید. شفقت به خود یک‌شکل سالم خودپذیری است که بیانگر میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی می‌باشد (گیلبرت، ۲۰۰۶؛ به نقل از استفان، ۲۰۱۹). شفقت به خود؛ گشوده بودن و همراه شدن با رنج‌های خود، تجربه حس مراقبت و مهربانی نسبت به خود، اتخاذ نگرش غیرداورانه و همراه با درک و فهم نسبت به بی‌کفایتی‌ها و شکست‌های خود و تشخیص اینکه تجربه فرد بخشی از تجربه بشری تعریف می‌کنند (سان و همکاران، ۲۰۱۹). از نظر مداخلات درمانی، درمان متمرکز بر شفقت درمانی چندوجهی است که بر اساس پیشرفت‌های مهم و قابل توجه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی رفتاری، رفتاردرمانی دیالکتیکی، درمان هیجان مدار و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و بسیاری از رویکردهای دیگر و با هدف کاهش مؤلفه‌هایی چون شرم، خودانتقادی و شفقت با خود گسترش یافته است (استفان و هافمن، ۲۰۱۹). یکی دیگر از مشکلات روان‌شناختی افراد افسرده شادکامی^۳ پایین آن‌ها است. شادکامی یکی از هیجان‌ات اساسی و از مهم‌ترین نیازهای روانی بشر است (لودویگ، هنینگ و ارنندز، ۲۰۱۹). روان‌شناسان، نشاط را نوعی «هیجان مثبت»^۴ می‌دانند که تأثیر ژرفی بر ساز و کارهای جسمانی، شناختی و روانی دارد و عملکرد انسان را در زمینه‌های مختلف بهبود می‌بخشد (ویلکینسون و چیلتون، ۲۰۱۷). به نظر می‌رسد که، شادکامی دست‌کم دو جز اساسی عاطفی و شناختی دارد. با این وجود شادکامی متضاد افسردگی نیست، اما نبود افسردگی دلیل لازم برای رسیدن با شادکامی

1. Cognitive emotion regulation
2. Compassion for yourself
3. Happiness
4. Positive excitement

است. شادکامی دارای سه جزء اساسی است: هیجان مثبت، رضایت از زندگی و نبود هیجان‌های منفی از جمله افسردگی (گتلب و فروه، ۲۰۱۹).

از سویی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک پیشرفت انقلابی در روان‌شناسی است که به نظر می‌رسد در درمان اضطراب و افسردگی تأثیر بسزایی دارد. اصول برآمده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ می‌تواند در دامنه وسیعی از مشکلات انسان مورد استفاده قرار گیرد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های شناختی رفتاری موج سوم است که باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ارتقاء سلامت روانی در بیماران می‌شود (حمیدی و همکاران، ۱۳۹۵). در درمان‌های موج سوم تلاش می‌شود بجای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (هریس، ۲۰۱۹). پژوهش‌های اندکی به اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی در تنظیم شناختی هیجان‌های مثبت و شادکامی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی پرداختند. برای مثال رحیم زادگان، فتاحی حسین‌آبادی و خلیلی تجربه (۱۳۹۸) نشان دادند؛ میزان افسردگی و گرایش به خودکشی در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری دارد. معینی، افشاری و عباسی (۱۳۹۸) نتایج مطالعه نشان داد، افسردگی با شادکامی رابطه معکوس و با غربت، رابطه مستقیم معناداری داشت. جدیدیان و بهرام (۱۳۹۸) نشان دادند؛ برنامه‌ی شناختی- رفتاری شادکامی فوردایس بر میزان شادکامی دانش‌آموزان، تأثیر دارد. قاسمی و همکاران (۱۳۹۸) نشان دادند که آموزش شفقت به خود باعث بهبود تنظیم شناختی هیجان افراد گروه آزمایش شد. باوندی و صباحی (۱۳۹۷) نشان دادند؛ تنها بین افسردگی و خودکارآمدی، رابطه‌ای معنادار و معکوس وجود دارد. بین تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی با افسردگی رابطه‌ای به دست نیامد؛ همچنین خودکارآمدی پیش‌بینی‌کننده افسردگی بود. گتلب و فروه (۲۰۱۹) معتقدند که، شادکامی دست‌کم دو جز اساسی عاطفی و شناختی دارد. با این وجود شادکامی متضاد افسردگی نیست؛ اما نبود افسردگی دلیل لازم برای رسیدن با شادکامی است. هوول و پسمور (۲۰۱۹) نتایج نشان دادند که شواهد اولیه‌ای از نقش پذیرش و تعهد به‌عنوان یک مداخله روان‌شناختی مثبت در شادکامی دانشجویان تأثیر معنی‌دار دارد. با توجه به اهمیت و نقشی که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در بین بیماران مبتلا به اختلال افسردگی به عهده دارد، و این موضوع در کشور در حوزه اختلال افسردگی اساسی و همچنین متغیرهای موردنظر کمتر بررسی شده پژوهش حاضر به هدف اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی در تنظیم شناختی هیجان‌های مثبت و شادکامی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی طراحی شده است که این مسئله نوآوری کار و ضرورت انجام این پژوهش رو را نسبت به دیگر تحقیقات بیشتر نمایان می‌نماید؛ لذا سؤال اساسی این پژوهش چنین است:

۱. آیا گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی در تنظیم شناختی هیجان‌های مثبت و شادکامی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در مرحله پس‌آزمون موثر است؟
۲. آیا گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی در تنظیم شناختی هیجان‌های مثبت و شادکامی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در مرحله پیگیری پایدار است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی، با یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۸ نفر) با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و آزمون پیگیری ۳ ماهه، به شیوه در دسترس، انتخاب و تقسیم به روش تصادفی بود که اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت‌درمانی، در تنظیم شناختی هیجان و شادکامی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بررسی گردید. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی ۲۵ تا ۵۰ ساله شهرستان جم، سیراف، کنگان، عسلویه و شهرک‌های پردیس و شهرک نفت جم که به کلینیک روانشناسی و توان‌بخشی باران جم (بهداشت و درمان صنعت نفت) مراجعه کرده‌اند در سال ۱۳۹۹ است. حجم نمونه مورد بررسی در پژوهش حاضر، شامل ۱۶ نفر از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به کلینیک روانشناسی و توان‌بخشی باران جم (بهداشت و درمان صنعت نفت)، که توسط روان‌پزشک تشخیص اختلال افسردگی اساسی دریافت کرده‌اند از جامعه فوق بود که به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در ۱ گروه آزمایش و ۱ گروه کنترل تقسیم شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: ۱- گروه سنی ۲۵ تا ۵۰ ساله ۲- بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی به تشخیص روان‌پزشک ۳- افرادی که در طول ۳ ماه قبل از شروع مداخله شوک‌درمانی ۱ دریافت نکردند. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از مطالعه عبارت بودند از: ۱- عدم تکمیل پرسشنامه‌ها. ۲- غیبت بیش از ۲ جلسه. ۳- عدم علاقه به ادامه شرکت در مداخله. ۴- افرادی که در زمان مداخله درمانی افکار اقدام به خودکشی داشتند. ۵- افراد مبتلا به اختلال افسردگی به علت‌های ارگانیک. ۶- بیمارانی که با تشخیص روان‌پزشک، سابقه بیماری‌های روان‌پزشکی از جمله اختلالات شخصیت و سوء‌مصرف مواد دارند.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان یک پرسشنامه خود‌سنجی است که گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۶) تهیه کرده‌اند. نسخه اصلی این پرسشنامه دارای ۳۶ ماده و شامل ۹ زیرمقیاس است که شامل راهبردهای سازگارانه شامل: تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، پذیرش، ارزیابی مجدد مثبت، کم‌اهمیت شماری است. پاسخ‌های این پرسشنامه در یک پیوستار ۵ درجه‌ای (همیشه، اغلب اوقات، معمولاً، گاهی، هرگز) جمع‌آوری می‌گردند. پایایی پرسشنامه در ایران توسط پاک‌طینتان و همکاران از طریق محاسبه آلفای کرونباخ، برای راهبردهای مثبت ۰/۸۶ گزارش شد.
۲. پرسشنامه شادکامی آکسفورد. مقیاس شادکامی آکسفورد (OHI) یکی از ابزارهای خود‌سنجی معروفی است که در اکثر پژوهش‌های مربوط به شادکامی و نیز در تحقیق حاضر مورد استفاده قرار گرفته است. این مقیاس دارای ۲۹ ماده است و بر اساس دیدگاه آرگیل، مارتین و کراسلند (۱۹۸۹) به نقل از آرگیل، (۲۰۰۱) درباره احساس شادکامی و نیز نظر بک درباره افسردگی تهیه شده است. پایایی پرسشنامه در ایران توسط پاک‌طینتان و همکاران از طریق محاسبه آلفای کرونباخ، برای راهبردهای مثبت ۰/۸۲ گزارش شد.

۳. محتوای پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی. محتوای پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت بر اساس خلاصه و تلفیق دستورالعمل کتابچه راهبرد افسردگی (هیز، ۲۰۰۸؛ گیلبرت، ۲۰۰۹ - ۲۰۱۰ و راب زتل، ۲۰۱۵) تهیه شده است و پس از متناسب‌سازی با شرایط فرهنگی، فرمت جلسات و روایی محتوایی نیز با نظرخواهی از متخصصین روان‌شناسی آشنا به درمان‌های موج سوم (استاد راهنما و استاد مشاور) تأیید، تدوین و آماده، و بر روی گروه آزمایش اجرا گردید. مداخله درمانی به صورت گروهی در ۸ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک‌بار) برای آزمودنی‌های گروه آزمایش اجرا شد. پس از پایان مداخله، جلسات به صورت فشرده به همراه تهیه بروشور برای گروه گواه نیز در نظر گرفته شد. روش کار به تفکیک جلسات بدین شرح است:

جدول ۱. خلاصه مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی

جلسه	موضوع	هدف و محتوای جلسه	تکلیف
اول	آشنایی با	معرفی اعضا و برقراری ارتباط و ایجاد رابطه حسنه و اتحاد	
	اعضاء و معرفی	درمانی.	شما چقدر با خودتان مهربان
	روش درمان و	شرح قوانین گروه (بیان قواعد گروه و اهداف).	هستید؟ چه زمانی با خودتان مهربان
	قرارداد	انجام پیش آزمون.	نبودید و چرا؟ برای مهربان بودن با
	درمانی.	تعیین هدف و فرمول بندی مراجع.	خود چه کار هایی را انجام
		گوش سپردن به روایت‌های اعضا و همدلی اعضا با یکدیگر (آموزش همدلی).	داده اید؟
		معرفی جلسات درمانی (معرفی درمان پذیرش و تعهد ACT و شفقت به خود MSC).	
		توضیح خلاصه در خصوص اعطاف پذیری روانشناختی (پذیرش، نا هم جوشی، خود به عنوان زمینه، ذهن آگاهی، ارزش‌ها و عمل متعهدانه).	
		توضیح خلاصه در خصوص شفقت به خود و عناصر آن (مهربانی، احساسات مشترک بشری و ذهن آگاهی).	
		استعاره جلسه اول؛ استعاره دو کوه.	

دوم	توضیح منطق درمان (تمرکز بر نا هم جوشی، فاصله گرفتن، تماشای بدون قضاوت و پذیرش افکار، احساسات و امیال). توضیح ترکیب درمان (تجربه، تمرین و استعاره). ارزیابی ارزش‌ها (بررسی مهم‌ها و دردناک‌های زندگی). روشن‌سازی ارزش‌ها. تفاوت ارزش و هدف. بررسی اهداف (اهداف هیجانی، بینشی، شخص مرده) توضیح موانع اهداف (هم جوشی با افکار، احساسات و تمایلات، اجتناب و دور بودن اهداف از ارزش‌ها). ایجاد درماندگی خلاقانه. استعاره انسان در چاه. طناب‌کشی با هیولا. بررسی نوع برخورد اعضا با خود (سبک انتقادگر و با شفقت گرا). تعریف خود انتقادی و علل و پیامدهای آن. تعریف شفقت.	بررسی ارزش‌ها روشن‌سازی ارزش‌ها ارزش‌ها اهداف کنترل خود مشکل است. معرفی شفقت به خود و خود انتقادی و چگونگی تأثیرگذاری آن بر حالات روانی فرد.	بررسی ارزش‌های خود. تمرین در تماس بودن با ارزش‌ها. تمرین فاصله گرفتن از افکار، احساسات و امیال. شفاف‌سازی ارزش‌ها خود. اولویت بندی حوزه‌های ارزشمند زندگی خود و نمره دهی به ارزش‌ها به صورت درصد. مشخص کردن اهداف خود. بررسی اینکه اهداف در مسیر ارزش‌ها هستند؟ بررسی ناکارآمدی تلاش‌هایی که در گذشته برای حل مشکل استفاده کرده است. چقدر با خودشان شفقت ورز هستند؟ اولین باری که متوجه شدند خود انتقادگر هستند کی بود؟ کدام هدف بر باد رفته بود؟ چرا آن هدف برای شما اهمیت داشت؟ آیا خود انتقاد گری به شما کمک کرد؟
سوم	توضیح بافت (تجارب بیرونی و درونی). تکنیک بیان افکار بصورت موزون و آهنگین. توضیح خود به عنوان زمینه (خود مشاهده گر، متوجه هستم که فکر می‌کنم) فیزیکی‌سازی افکار. استعاره پیاده‌روی با ذهن. استعاره مسافران اتوبوس. پرورش حس اشتراکات انسانی در مقابل احساسات خود تخریب گرانه.	ناهم جوشی (گسلش). اشتراکات انسانی در مقابل احساسات خود تخریب گرانه.	تمرین بیان افکار بصورت موزون و آهنگین یادداشت موارد شفقت به خود. تمرین قدردانی از خود ده مورد از ویژگی‌های مثبت خود را یاد داشت کنند.
چهارم	نگاه آگاهانه و بدون قضاوت همرا با پذیرش به تجارب. تمرین استعاره کشمش خوردن. تمرین ذهن آگاهی در زندگی روزمره. تمرین ذهن آگاهی و توجه به نفس کشیدن. تمرین ذهن آگاهی و واریسی بدن.	ذهن آگاهی و حضور در لحظه. پذیرش نا مشروط خود.	تمرین تنفس ذهن آگاهانه. تمرین بودن در اینجا و اکنون. تمرین قدردانی از خود. ده مورد از ویژگی‌های مثبت خود را یاد داشت کنند.

آموزش و تمرین پذیرش خود با وجود ضعفها بدون هیچ گونه قید و شرط.			
پنجم	مشاهده خود، خود به عنوان زمینه. نامه نگاری شفقت ورز.	تفاوت خود مفهوم سازی شده و خود مشاهده گر. بررسی تماس با خود زمینه ای. استعاره صفحه شطرنج. استعاره آسمان و آب و هوا. تمثیل احساسات پاک و ناپاک. تمرین نامه نگاری شفقت ورز. آموزش گفت و گوی درونی بین سه خود تعریف شده (گفتگو بین خود انتقاد گر، خو انتقاد شونده و خود دلسوز یا شفقت گر) پرداخته شد.	تمرین تماشای افکار، احساسات و امیال (فکر فقط فکر است). تمرین نامه نگاری شفقت ورز.
ششم	پذیرش نامه نگاری شفقت ورز. پذیرش نا مشروط خود.	جا باز کردن برای احساسات، هیجانات ادراکات، تمایلات و سایر تجربیات شخصی بدون مبارزه با آن‌ها. استعاره مهمان ناخوانده تمثیل ریگ‌های روان تمرین پوشش سخت تمرین مجدد نامه نگاری شفقت ورز. تمرین پذیرش خود با وجود ضعفها بدون هیچ گونه قید و شرط.	تمرین پذیرش افکار و احساسات. تمرین نامه نگاری شفقت ورز.
هفتم	عمل متعهدانه. پذیرش نامشروط خود.	توضیح عمل متعهدانه(هدف گذاری بر اساس ارزش ها و انجام اقدامات مؤثر برای تحقق اهداف و ماندن در مسیر ارزش ها. تمرین مربوط به روشن سازی ارزش ها شناسایی عمل متعهدانه و موانع آن. قطب نمای ارزش ها. تعیین هدف. استعاره ۸۰ سالگی. استعاره عبور از باتلاق. تمرین پذیرش خود با وجود ضعفها بدون هیچ گونه قید و شرط.	شناسایی ارزش ها و اقدامات مؤثر در جهت ارزش ها و انجام یک عمل با ارزش در طول هفته. تمرین در تماس بودن با ارزش ها. تمرین پذیرش نا مشروط خود.
هشتم	جمع بندی مفاهیم بررسی شده در جلسات.	بررسی تکلیف و مرور جلسات قبل. جمع بندی مفاهیم بررسی شده در جلسات. درخواست از اعضا برای توضیح دست آورد هایشان از گروه. انجام پس آزمون.	پاسخ به این سؤال که چقدر به خودتان شفقت ورز هستید؟ تمرین انعطاف پذیری روانشناختی.

شیوه اجرا. پس از کسب مجوز از معاونت پژوهش دانشگاه به کلینیک روانشناسی و توان‌بخشی باران جم (بهداشت و درمان صنعت نفت) مراجعه و ۱۶ نفر از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی پس از تشخیص قطعی روان‌پزشک (آقای دکتر سعید گران‌پی) به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه تقسیم شدند. پیش از اجرای مداخله درباره طرح پژوهش، محل برگزاری آن، اهداف پژوهش، تعداد جلسه‌ها، طول مدت هر جلسه و مسائل مطروحه در جلسه‌ها، رعایت اصول اخلاقی نظیر رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان و ابراز تمایل آن‌ها برای شرکت در پژوهش رضایت‌نامه کتبی از هر دو گروه گرفته شد. جلسه‌های درمان به صورت گروهی و هفتگی برای گروه‌های آزمایش برگزار شد. گروه‌های آزمایش به همراه گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و در مرحله پیگیری به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. برای رعایت موازین اخلاقی پس از پایان پژوهش، گروه گواه نیز تحت مداخله درمانی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از نسخه بیست و چهارم نرم‌افزار اس.پی.اس.اس و به روش تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها

گروه گواه با فراوانی (۸ نفر به میزان ۵۰٪) و گروه آزمایش با فراوانی (۸ نفر به میزان ۵۰٪)، پاسخگویان مجرد در گروه گواه و گروه آزمایش با فراوانی (۲ نفر به میزان ۲۵٪) و پاسخگویان متأهل در گروه گواه و گروه آزمایش با فراوانی (۶ نفر به میزان ۷۵٪)، پاسخگویانی که وضعیت شغلی آن‌ها شاغل می‌باشد، در گروه گواه و گروه آزمایش با فراوانی (۳ نفر به میزان ۳۷/۵٪) و پاسخگویانی که وضعیت شغلی آن‌ها خانه‌دار می‌باشد در گروه گواه و گروه آزمایش با فراوانی (۵ نفر به میزان ۶۲/۵٪)، پاسخگویان سن ۳۱ تا ۴۰ و ۴۱ تا ۵۰ سال در گروه گواه و گروه آزمایش با حداقل فراوانی (هر کدام ۲ نفر به میزان هر کدام ۲۵٪) و سن ۲۰ تا ۳۰ سال در گروه گواه و گروه آزمایش با فراوانی (۴ نفر به میزان ۵۰٪)، پاسخگویانی که دارای مدرک فوق لیسانس و بالاتر می‌باشند، در گروه گواه و گروه آزمایش با حداقل فراوانی (۱ نفر به میزان ۱۲/۵٪) و پاسخگویانی که دارای مدرک لیسانس می‌باشند، در گروه گواه و گروه آزمایش با حداکثر فراوانی (۵ نفر به میزان ۶۲/۵٪)، در این تحقیق شرکت نموده‌اند.

جدول ۲. آماره شاخص‌های توصیفی مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان

متغیرها - مراحل آزمون		گروه	
		گروه گواه (۸ نفر)	گروه آزمایش (۸ نفر)
		انحراف معیار	میانگین
پذیرش-پیش آزمون	(۷/۳۸)	۲/۱۳	(۸/۶۳)
پذیرش-پس آزمون	(۸/۰۰)	۱/۶۹	(۱۰/۷۵)
پذیرش-پیگیری سه ماهه	(۷/۵۰)	۰/۹۳	(۱۰/۳۸)
تمرکز مجدد مثبت - پیش آزمون	(۱۱/۳۸)	۱/۰۶	(۱۱/۲۵)

۱/۱۳	(۱۳/۸۸)	۱/۴۹	(۱۱/۲۵)	تمرکز مجدد مثبت - پس از موزن
۰/۹۳	(۱۳/۵۰)	۱/۵۱	(۱۱/۵۰)	تمرکز مجدد مثبت - پیگیری سه ماهه
۱/۱۹	(۱۱/۳۸)	۱/۰۴	(۱۱/۲۵)	تمرکز مجدد برنامه ریزی - پیش از موزن
۱/۲۵	(۱۳/۸۸)	۰/۹۹	(۱۱/۱۳)	تمرکز مجدد برنامه ریزی - پس از موزن
۱/۸۵	(۱۳/۵۰)	۱/۰۴	(۱۱/۲۵)	تمرکز مجدد برنامه ریزی - پیگیری سه ماهه
۱/۳۱	(۱۰/۰۰)	۱/۴۶	(۹/۸۸)	ارزیابی مجدد مثبت - پیش از موزن
۱/۴۱	(۱۲/۶۳)	۱/۴۶	(۱۰/۱۳)	ارزیابی مجدد مثبت - پس از موزن
۱/۶۷	(۱۲/۷۵)	۲/۰۰	(۱۰/۶۳)	ارزیابی مجدد مثبت - پیگیری سه ماهه
۱/۴۶	(۸/۸۸)	۱/۲۰	(۸/۵۰)	دیدگاه پذیری - پیش از موزن
۱/۴۶	(۱۱/۸۸)	۱/۴۱	(۹/۳۸)	دیدگاه پذیری - پس از موزن
۱/۱۳	(۱۱/۸۸)	۰/۹۹	(۱۰/۱۳)	دیدگاه پذیری - پیگیری سه ماهه

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، متغیر تنظیم شناختی هیجان بر اساس مؤلفه‌های سازگار یا مثبت طی سه مرحله آزمون گیری (پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری سه ماهه) در گروه آزمایش بترتیب در پس آزمون میانگین بیشتری را کسب نموده اند و در پی گیری سه ماهه مقدار کسب میانگین نسبت به پس آزمون تفاوت در حد کم است.

جدول ۳. آماره شاخص‌های توصیفی متغیر شادکامی

گروه		متغیرها - مراحل آزمون		
آزمایش		گروه گواه (۸ نفر)		
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۱/۸۵	(۱۲/۶۳)	۱/۲۵	(۱۱/۸۸)	خودپنداره - پیش آزمون
۲/۱۹	(۱۶/۲۵)	۱/۱۳	(۱۱/۸۸)	خودپنداره - پس آزمون
۲/۰۰	(۱۵/۵۰)	۱/۰۷	(۱۲/۰۰)	خودپنداره - پیگیری سه ماهه
۱/۲۸	(۷/۲۵)	۰/۸۳	(۷/۱۳)	رضایت از زندگی - پیش آزمون
۱/۶۹	(۱۱/۳۸)	۱/۳۱	(۷/۰۰)	رضایت از زندگی - پس آزمون
۱/۶۰	(۱۱/۳۸)	۱/۰۷	(۸/۰۰)	رضایت از زندگی - پیگیری سه ماهه
۰/۷۶	(۵/۰۰)	۱/۲۵	(۴/۸۸)	آمادگی روانی - پیش آزمون
۰/۹۹	(۷/۸۸)	۱/۱۳	(۵/۱۳)	آمادگی روانی - پس آزمون
۱/۳۹	(۷/۲۵)	۰/۹۹	(۵/۸۸)	آمادگی روانی - پیگیری سه ماهه
۱/۳۹	(۴/۷۵)	۱/۴۱	(۴/۶۳)	سردوق بودن - پیش آزمون
۰/۹۳	(۷/۵۰)	۱/۲۵	(۴/۸۸)	سردوق بودن - پس آزمون
۱/۰۴	(۷/۷۵)	۱/۳۱	(۵/۰۰)	سردوق بودن - پیگیری سه ماهه

۱/۰۶	(۷/۳۸)	۱/۱۳	(۶/۱۳)	احساس زیبایی شناختی - پیش آزمون
۱/۴۱	(۱۰/۳۸)	۱/۰۴	(۶/۷۵)	احساس زیبایی شناختی - پس آزمون
۱/۰۶	(۱۰/۶۳)	۱/۴۱	(۶/۶۳)	احساس زیبایی شناختی - پیگیری سه ماهه
۰/۹۳	(۷/۵۰)	۰/۹۲	(۷/۳۸)	خودکارآمدی - پیش آزمون
۰/۹۲	(۱۱/۳۸)	۱/۰۶	(۸/۳۸)	خودکارآمدی - پس آزمون
۲/۰۳	(۱۱/۱۳)	۱/۴۶	(۷/۱۳)	خودکارآمدی - پیگیری سه ماهه
۱/۰۴	(۳/۷۵)	۱/۲۸	(۳/۷۵)	امیدواری - پیش آزمون
۱/۱۳	(۶/۸۸)	۱/۰۴	(۳/۷۵)	امیدواری - پس آزمون
۰/۸۹	(۶/۷۵)	۱/۲۰	(۳/۵۰)	امیدواری - پیگیری سه ماهه
۲/۴۳	(۴۸/۲۵)	۳/۲۴	(۴۵/۷۵)	شادکامی - نمره کلی - پیش آزمون
۲/۷۷	(۷۱/۶۳)	۳/۴۵	(۴۷/۷۵)	شادکامی - نمره کلی - پس آزمون
۳/۵۰	(۷۰/۳۸)	۲/۲۳	(۴۸/۱۳)	شادکامی - نمره کلی - پیگیری سه ماهه

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد، متغیر شادکامی طی سه مرحله آزمون گیری (پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری سه ماهه) در گروه آزمایش بترتیب در پس آزمون میانگین بیشتری را کسب نموده اند و در پی گیری سه ماهه مقدار کسب میانگین نسبت به پس آزمون تفاوت در حد کم می باشد.

جدول ۴. خلاصه نتایج تعامل درون گروهی و بین گروهی مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان

اندازه اثر	سطح معنی داری	میزان f	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	منبع	زیرمقیاس
۰/۲۳	۰/۰۲	۴/۳۶	۳/۲۷	۲	۶/۵۴	درون گروهی	پذیرش
۰/۵۲	۰/۰۰۲	۱۵/۱۷	۶۳/۰۲	۱	۶۳/۰۲	بین گروهی	بین گروهی
۰/۴۳	۰/۰۰۱	۱۰/۸۲	۸/۳۱	۲	۱۶/۶۲	درون گروهی	تمرکز مجدد
۰/۴۰	۰/۰۰۸	۹/۳۹	۲۷/۰۰	۱	۲۷/۰۰	بین گروهی	مثبت
۰/۳۹	۰/۰۰۱	۹/۰۰	۷/۷۷	۲	۱۵/۵۴	درون گروهی	تمرکز مجدد
۰/۴۵	۰/۰۰۴	۱۱/۵۴	۳۵/۰۲	۱	۳۵/۰۲	بین گروهی	بر برنامه‌ریزی
۰/۳۶	۰/۰۰۲	۷/۹۱	۶/۵۲	۲	۱۳/۰۴	درون گروهی	ارزیابی مجدد
۰/۲۷	۰/۰۳۸	۵/۲۷	۳۰/۰۸	۱	۳۰/۰۸	بین گروهی	مثبت
۰/۲۹	۰/۰۱۲	۵/۸۹	۵/۷۴	۱/۶۱	۹/۲۹	درون گروهی	دیدگاه پذیری
۰/۳۷	۰/۰۱۲	۸/۴۴	۲۸/۵۲	۱	۲۸/۵۲	بین گروهی	بین گروهی

گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت موجب افزایش تنظیم شناختی هیجان سازگار در گروه آزمایش گردیده است، بطوریکه آموزش درمان در آزمون دوم نسبت به آزمون اول افزایش نشان داده و آزمون سوم نسبت به آزمون دوم چندان تغییری نداشته است، بنابراین می‌توان گفت که درمان در بیماران

مبتلابه اختلال افسردگی اساسی در پس‌آزمون بیشتر مؤثر واقع شده است. متغیرها در بین دو گروه اختلاف معنی‌دار دارند، چون مقدار معنی‌داری به‌دست‌آمده در سطح ۰/۰۱ و ۰/۰۵ هست، بنابراین؛ متغیرها جز اختلاف در سه مرحله آزمون، در بین دو گروه هم اختلاف دارند

جدول ۵ خلاصه نتایج تعامل درون‌گروهی و بین‌گروهی مؤلفه‌های شادکامی

زیر مقیاس	منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	میزان f	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
خودپنداره	درون گروهی	۲۸/۶۲	۲	۱۴/۱۳	۲۳/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۶۲
	بین گروهی	۹۹/۱۸	۱	۹۹/۱۸	۱۴/۴۹	۰/۰۰۲	۰/۵۰
رضایت از زندگی	درون گروهی	۳۹/۵۰	۲	۱۹/۷۵	۱۳/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸
	بین گروهی	۲۸/۶۸	۱	۲۸/۶۸	۳۶/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۷۲
آمادگی روانی	درون گروهی	۱۳/۷۹	۲	۶/۸۹	۶/۶۳	۰/۰۰۴	۰/۳۲
	بین گروهی	۲۴/۰۸	۱	۲۴/۰۸	۱۵/۳۸	۰/۰۰۲	۰/۵۲
سر ذوق بودن	درون گروهی	۱۷/۵۴	۲	۸/۷۷	۶/۰۷	۰/۰۰۶	۰/۳۰
	بین گروهی	۴۰/۳۳	۱	۴۰/۳۳	۲۴/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۶۳
احساس زیبایی‌شناختی	درون گروهی	۱۷/۷۹	۲	۸/۸۹	۶/۵۶	۰/۰۰۵	۰/۳۱
	بین گروهی	۱۰۵/۰۲	۱	۱۰۵/۰۲	۶۶/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۸۲
خودکار آمدی	درون گروهی	۳۲/۳۷	۲	۱۶/۱۸	۹/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۴۰
	بین گروهی	۶۷/۶۸	۱	۶۷/۶۸	۴۳/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۷۵
امیدواری	درون گروهی	۲۷/۱۲	۲	۱۳/۵۶	۱۱/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۴۵
	بین گروهی	۵۴/۱۸	۱	۵۴/۱۸	۴۰/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۷۴

گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت موجب افزایش شادکامی در گروه آزمایش گردیده است، به‌طوری‌که آموزش درمان در آزمون دوم نسبت به آزمون اول افزایش نشان داده و آزمون سوم نسبت به آزمون دوم چندان تغییری نداشته است، بنابراین می‌توان گفت که درمان در بیماران مبتلابه اختلال افسردگی اساسی در پس‌آزمون بیشتر مؤثر واقع شده است. نتایج نشان می‌دهد، متغیرها در گروه آزمایش از میانگین بالاتری برخوردار گردیده و در این رابطه جدول بعدی اختلاف معنی‌دار آن‌ها را نشان می‌دهد. همچنین متغیرها در بین دو گروه اختلاف معنی‌دار دارند، چون مقدار معنی‌داری به‌دست‌آمده در سطح ۰/۰۱ و ۰/۰۵ هست، بنابراین نتیجه می‌شود که متغیرها به‌جز اختلاف در سه مرحله آزمون، در بین دو گروه هم اختلاف دارند.

جدول ۶. نتایج مقایسات بین دو گروه (گواه / آزمایش) بر اساس مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان

متغیر	(I) گروه	(J) گروه	اختلاف گروه i-j	خطای استاندارد	سطح معناداری
پذیرش	کنترل	آزمایش	-۲.۲۹۲*	۰/۵۸۸	۰/۰۰۲
	آزمایش	کنترل	۲.۲۹۲*	۰/۵۸۸	۰/۰۰۲
تمرکز مجدد مثبت	کنترل	آزمایش	-۱.۵۰۰*	۰/۴۸۹	۰/۰۰۸
	آزمایش	کنترل	۱.۵۰۰*	۰/۴۸۹	۰/۰۰۸
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	کنترل	آزمایش	-۱.۷۰۸*	۰/۵۰۳	۰/۰۰۴
	آزمایش	کنترل	۱.۷۰۸*	۰/۵۰۳	۰/۰۰۴
ارزیابی مجدد مثبت	کنترل	آزمایش	-۱.۵۸۳*	۰/۶۹۰	۰/۰۳۸
	آزمایش	کنترل	۱.۵۸۳*	۰/۶۹۰	۰/۰۳۸
دیدگاه پذیری	کنترل	آزمایش	-۱.۵۴۲*	۰/۵۳۱	۰/۰۱۲
	آزمایش	کنترل	۱.۵۴۲*	۰/۵۳۱	۰/۰۱۲

* تفاوت بین دو گروه I، J: سطح معنی داری در حد ۰/۰۱ و ۰/۰۵

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد، متغیرها در بین دو گروه اختلاف معنی دار دارند، چون مقدار معنی داری بدست آمده در سطح ۰/۰۱ و ۰/۰۵ می‌باشد؛ بنابراین؛ متغیرها جز اختلاف در سه مرحله آزمون، در بین دو گروه هم اختلاف دارند.

جدول ۷. نتایج مقایسات بین دو گروه (گواه / آزمایش) بر اساس مؤلفه‌های شادکامی

متغیر	(I) گروه	(J) گروه	اختلاف گروه i-j	خطای استاندارد	Sig ^a
خودپنداره	کنترل	آزمایش	-۲.۸۷۵*	۰.۷۵۵	.۰۰۲
	آزمایش	کنترل	۲.۸۷۵*	۰.۷۵۵	.۰۰۲
رضایت از زندگی	کنترل	آزمایش	-۲.۶۲۵*	۰.۴۳۴	.۰۰۰
	آزمایش	کنترل	۲.۶۲۵*	۰.۴۳۴	.۰۰۰
آمدگی روانی	کنترل	آزمایش	-۱.۴۱۷*	۰.۳۶۱	.۰۰۲
	آزمایش	کنترل	۱.۴۱۷*	۰.۳۶۱	.۰۰۲
سر ذوق بودن	کنترل	آزمایش	-۱.۸۳۳*	۰.۳۷۳	.۰۰۰
	آزمایش	کنترل	۱.۸۳۳*	۰.۳۷۳	.۰۰۰
احساس زیبایی شناختی	کنترل	آزمایش	-۲.۹۵۸*	۰.۳۶۲	.۰۰۰
	آزمایش	کنترل	۲.۹۵۸*	۰.۳۶۲	.۰۰۰
خودکار آمدی	کنترل	آزمایش	-۲.۳۷۵*	۰.۳۵۹	.۰۰۰
	آزمایش	کنترل	۲.۳۷۵*	۰.۳۵۹	.۰۰۰

امیدواری	کنترل	آزمایش	*-۲.۱۲۵	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰
	آزمایش	کنترل	*۲.۱۲۵	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰

*: تفاوت بین دو گروه a: سطح معنی داری در حد ۰/۰۱ و ۰/۰۵

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد، متغیرها در بین دو گروه اختلاف معنی دار دارند، چون مقدار معنی داری بدست آمده در سطح ۰/۰۱ و ۰/۰۵ می‌باشد؛ بنابراین نتیجه می‌شود که متغیرها بجز اختلاف در سه مرحله آزمون، در بین دو گروه هم اختلاف دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

به‌منظور پاسخگویی به فرضیه اول از آزمون تحلیل واریانس با رویکرد اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که نتایج نشان داد؛ گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت موجب افزایش تنظیم شناختی هیجان سازگار در گروه آزمایش گردیده است، به‌طوری‌که آموزش این درمان در آزمون دوم نسبت به آزمون اول افزایش نشان داده و آزمون سوم نسبت به آزمون دوم چندان تغییری نداشته است، بنابراین می‌توان گفت که درمان در بیماران مبتلابه اختلال افسردگی اساسی در پس‌آزمون بیشتر مؤثر واقع شده است. نتایج پژوهش قاسمی و همکاران (۱۳۹۸)، نصرتی (۱۳۹۷)، باوندی و صباحی (۱۳۹۷)، مردانی و مهربانی کوشکی (۱۳۹۶)، جهان‌شاه لو و همکاران (۱۳۹۶)، گریشام و همکاران (۲۰۱۸)، زیلوستند، پرواز و گلدستین (۲۰۱۷)، گارنفسکی و کرایچ (۲۰۱۸)، با این پژوهش همسو است. این پژوهشگران بیان می‌دارند که گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت، تنظیم شناختی هیجان (سازگار) بیماران مبتلابه اختلال افسردگی اساسی را افزایش می‌دهد.

در تبیین احتمالی این فرضیه باید گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ادغام مداخلات پذیرش و ذهن آگاهی در راهبردهای پایبندی، تعهد و تغییر، به بیماران مبتلابه اختلال افسردگی برای دستیابی به زندگی پرنشاط، هدفمند و بامعنا کمک می‌کند. رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌جای تلاش مستقیم برای کاهش هیجان‌ات و افکار آزارنده برافزایش کارآمدی رفتاری در عین وجود افکار و احساسات ناخوشایند، تاکید می‌کند. مزیت عمده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به روش‌های روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی، به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است بنابراین، با توجه نقش و اهمیت بیماران مبتلابه اختلال افسردگی که با استرس‌ها و فشارهای روبه‌رو هستند، توجه به مقوله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از خاصی اهمیت برخوردار است. از سویی از نظر مداخلات درمانی، درمان متمرکز بر شفقت درمانی چندوجهی است که بر اساس پیشرفت‌های مهم و قابل‌توجه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی رفتاری، رفتاردرمانی دیالکتیکی، درمان هیجان مدار و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و بسیاری از رویکردهای دیگر و باهدف کاهش مؤلفه‌هایی چون شرم، خود انتقادی و شفقت با خود گسترش یافته است. هر مداخله که در درمان متمرکز بر شفقت از آن استفاده می‌شود در حال و هوای تأیید، حمایت و مهربانی ایجاد می‌شود. لحن هیجانی و انگیزشی، جهت‌گیری بنیادین، نیت مداخله اصل کار است. آموزش خود شفقت ورزی برای افراد دارای خود انتقادی و شرم بالا مؤثر است و نتایج کاهش معناداری را در افسردگی، اضطراب، خود انتقادی، شرم، خودکم‌بینی و رفتارهای

سلطه‌پذیر نشان داد. همچنین در پژوهش‌هایی تأثیر مداخله مبتنی بر شفقت خود بر تنظیم هیجانی، کاهش تجربه شرم و گناه و کاهش مشکلات هیجانی نشان داده شده است. از طرفی شفقت به خود یک وضعیت ذهنی مثبت و از سازه‌های نظری است که می‌تواند نتایج مداخله بر اساس ذهن آگاهی را میانجی‌گری نماید. شفقت به خود یک‌شکل سالم خودپذیری است که بیانگر میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی می‌باشد. شفقت به خود؛ گشوده بودن و همراه شدن با رنج‌های خود، تجربه حس مراقبت و مهربانی نسبت به خود، اتخاذ نگرش غیرداورانه و همراه با درک و فهم نسبت به بی‌کفایتی‌ها و شکست‌های خود و تشخیص اینکه تجربه فرد بخشی از تجربه بشری تعریف می‌کنند. در دهه اخیر پژوهش درباره اثرات مفید پرورش شفقت به طرز فوق‌العاده‌ای پیشرفت کرده و پرورش درونی شفقت به نقطه‌نظر تمرکز و هدف درمانی مهمی تبدیل شده است، به طوری که خود شفقتی به‌عنوان شیوه‌ای جهت کاهش اختلالات روانی امروزه مورد توجه محققان بسیاری قرار گرفته است. از سویی تنظیم هیجان مثبت تا حدی نیز تحت تأثیر گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت قرار دارد. اگر بیماران مبتلابه اختلال افسردگی برای مدت طولانی با غلبه‌ی هیجان‌ها سروکار داشته باشند، خیلی راحت متوجه می‌شود که برای کنترل واکنش‌های هیجانی خود احساس ناکامی و ناامیدی می‌کنند؛ اما باید به خاطر داشت که اگرچه ممکن است که کنترل واکنش هیجانی اولیه دشوار باشد ولی جای امیدواری است که بیماران مبتلابه اختلال افسردگی بتوانند نحوه‌ی کنترل هیجان‌های ثانویه را به همین ترتیب یاد بگیرند. دلیل بهره‌گیری از مهارت‌های تنظیم هیجان نیز این است که این مهارت‌ها به بیماران مبتلابه اختلال افسردگی کمک می‌کنند که با احساسات اولیه و ثانویه استرس‌آور به شیوه‌های جدید و سالم‌تر مقابله کنند. به‌منظور پاسخگویی به فرضیه دوم از آزمون تحلیل واریانس با رویکرد اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که نتایج نشان داد که گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت موجب افزایش شادکامی در گروه آزمایش گردیده است، بطوریکه آموزش درمان در آزمون دوم نسبت به آزمون اول افزایش نشان داده و آزمون سوم نسبت به آزمون دوم چندان تغییری نداشته است، بنابراین می‌توان گفت؛ این درمان در بیماران مبتلابه اختلال افسردگی اساسی در پس‌آزمون بیشتر مؤثر واقع شده است.

نتایج پژوهش معینی، افشاری و عباسی (۱۳۹۸)، جدیدیان و بهرام (۱۳۹۸)، هوول و پسمور (۲۰۱۹)، واکینز و همکاران (۲۰۱۸) و سویانته، کلیات و دولیما (۲۰۱۳) با این پژوهش همسو است. این پژوهشگران بیان می‌دارند که گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت، شادکامی بیماران مبتلابه اختلال افسردگی اساسی را افزایش می‌دهد. در تبیین احتمالی این فرضیه باید گفت که یکی دیگر از مشکلات روان‌شناختی افراد افسرده شادکامی پایین آن‌ها است. یکی از نیازهای اساسی انسان، شادکامی و نشاط است. تحقیقات نشان داده‌اند افرادی که احساس شادمانی و امیدواری بالاتری دارند برای مقابله با گرفتاری‌ها و مصائب زندگی آماده‌تر هستند و بهتر عمل می‌کنند. شادی به‌عنوان یک مکانیسم مقابله‌ای ممکن است با ایجاد تفکرات مثبت، جلوی تفکرات منفی را بگیرد؛ بنابراین شادکامی در بهزیستی یا رفاه روان‌شناختی و جسمانی مؤثر است و شادکامی به‌عنوان یکی از ویژگی‌های شخصیتی انسان، کیفیتی منحصر به نوع آدمی است. شادکامی از جمله متغیرهایی هستند که در کیفیت و کاهش علائم افسردگی دخالت داشته و بر آن اثر می‌گذارد. شادکامی یکی از هیجانات اساسی و از مهم‌ترین نیازهای روانی بشر است. شادکامی،

دربگیرنده‌ی چند مفهوم ذهنی مثل شادمانی، خشنودی، لذت و خوشایندی است، اما به معنای خوش بینی بی پایه و خودفریبی، انکار واقعیت‌ها و ندیدن مشکلات خود و دیگران نیست. شادمانی و نشاط به عنوان یکی از مهم ترین نیازهای روانی بشر، به دلیل تأثیرات عمده‌ای که بر شکل‌گیری شخصیت و مجموعه زندگی انسان دارد، همواره ذهن بشر را به خود مشغول ساخته است. روان شناسان، شادکامی را نوعی «هیجان مثبت» می‌دانند که تأثیر ژرفی بر سازوکارهای جسمانی، شناختی و روانی دارد و عملکرد انسان را در زمینه‌های مختلف بهبود می‌بخشد. همه افراد برای شاد زیستن و داشتن رضایتمندی از زندگی تلاش می‌کنند به این منظور با دیگران در اجتماع دارای ارتباطات دوستانه بوده در ارتباط با خود به سلامتی خود اهمیت می‌دهند در اجتماع دوست دارند امنیت و آرامش داشته باشند و به دنبال کسب احساسات خوشایند امیدوارانه تلاش می‌کنند و نسبت به زندگی خوشبین هستند؛ اما گاهی مواقع داشتن توانایی پایین افراد، در دستیابی آنان به شادکامی و کامیابی در زندگی می‌تواند امید را در افراد از بین برده اعتمادبه‌نفس افراد کاهش یافته و تفکرات و احساسات منفی به سراغشان می‌آید و دچار مشکلات روانی می‌گردند. از آن جمله اختلال افسردگی اساسی است. کارشناسان سلامت روان بر نقش و اهمیت شادکامی در زندگی تأکید دارند و شادابی را از مهم ترین علل ارتقای سلامت روان در بیماران می‌دانند، اصولاً شادی حالتی روانی است که پس از برآورده شدن آرزوهای انسان ایجاد می‌شود و شامل میزان عاطفه مثبت، میانگین رضایتمندی در یک دوره و فقدان احساسات نمی‌شود، در واقع شادی حالتی هیجانی است که نشانگر میزان رضایتمندی فرد در ابعاد مختلف به ویژه ابعاد روانی می‌شود. نبود شادی و شادمانی به افسردگی منجر می‌شود. اصولاً بیماری افسردگی نوعی بیماری محسوب می‌شود زیرا به دلیل وجود شکنندگی‌های عاطفی- روانی و همچنین تغییرات هورمونی که در دوره‌های مختلف زندگی برای افراد ایجاد می‌شود و همچنین افسردگی‌های پس از دل بستگی هایی که منجر به دل کندن شده این مشکل بیشتر گریبان گیر خانم‌ها می‌شود. رابطه‌ی شادی بر سلامت بدن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد و رابطه‌ی مستقیمی با حفظ سلامتی جسم و روح دارد. تأثیری که شادی و شاد بودن بر سلامت روح و جسم افراد می‌گذارد، با هیچ چیز دیگری قابل قیاس نیست. برخی‌ها اعتقاد دارند که شادی تحت تأثیر ژنتیک می‌باشد، البته این ادعا درست است ولی بیشتر آن مربوط به خود فرد و مهارت آن می‌باشد. شادی می‌تواند ضربان قلب را کنترل کند و فشارخون را در حد تعادل نگه دارد. با تحقیقاتی که بر روی برخی از اشخاص شاد انجام داده‌اند، ثابت شده است که خطر بیماری‌های قلبی و عروقی در آن‌ها نسبت به سایر افراد به شدت کاهش یافته است. همچنین رابطه‌ی شادی بر سلامت بدن یک رابطه‌ی مستقیمی است و تحقیقات نشان می‌دهد که شادی می‌تواند موجب تقویت سیستم ایمنی بدن شده و بدن در مقابل بیماری‌ها به خوبی ایستادگی کند و از بیماری‌هایی مانند مشکلات قلبی و افسردگی و روانی در امان بماند. بی‌شک افسردگی آسیب‌های مخربی در سلامت جسم دارد که یکی از راهکارهای درمان بیماری افسردگی شاد زندگی کردن است، لذا به نظر می‌رسد افسردگی یک بیماری زنانه است هر چند مردان نیز به افسردگی مبتلا می‌شوند ولی این حالت را به اشکال مختلفی بروز می‌دهند.

محدود بودن جامعه آماری پژوهش به بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی ۲۵ تا ۵۰ ساله شهرستان جم، سیراف، کنگان، عسلویه، شهرک‌های پردیس و شهرک نفت جم که به مرکز توان بخشی و سلامت روان باران (بهداشت و درمان صنعت نفت) مراجعه کرده‌اند، محدودیتی است که نیازمند است برای تعمیم نتایج به سایر جوامع جانب احتیاط رعایت گردد. این پژوهش ممکن است انگیزه‌ای برای مراکز مشاوره و خانواده‌ها

باشد تا گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی را در قالب برنامه‌های مکمل در کنار سایر مداخلات برای بیماران مبتلابه اختلال افسردگی اساسی در نظر بگیرند و تأثیرات بسیار مثبت این مداخله را در بهبود هیجانات مثبت و افزایش شادکامی مشاهده نمایند.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد؛ پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی قرار گرفتند.

سپاسگزاری

از مدیران و کارکنان کلینیک روانشناسی و توان‌بخشی باران جم (بهداشت و درمان صنعت نفت) و کسانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- ابراهیمی مقدم، حسین، هدایتی، بیتا، و هدایتی، رعنا. (۱۳۹۴). بررسی رابطه افسردگی و اهمال‌کاری با خرده مقیاس‌های سازگاری در دختران دبیرستانی، کنفرانس بین‌المللی علوم انسانی، روانشناسی و علوم اجتماعی، تهران، موسسه مدیران ایده پرداز پایتخت ایلیا.
- اسمعیلی، رضا، و رشیدی، کامل. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی مؤلفه‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی بر نشانه‌های عاطفی، شناختی و جسمانی افسردگی بیماران مبتلابه اختلالات سازگاری، کنفرانس جهانی روانشناسی و علوم تربیتی، حقوق و علوم اجتماعی در آغاز هزاره سوم، شیراز، پژوهش شرکت ایده بازار صنعت سبز.
- باوندی، ساره، و صباحی، پرویز. (۱۳۹۷). رابطه تنظیم هیجان، خودکارآمدی و بهزیستی روان‌شناختی با افسردگی در زنان. دومین کنفرانس بین‌المللی دستاوردهای نوین پژوهشی در علوم اجتماعی، علوم تربیتی و روانشناسی، کرج، دانشگاه جامع علمی کاربردی سازمان همیاری شهرداری‌ها و مرکز توسعه خلاقیت و نوآوری علوم نوین.
- جدیدیان، احمدعلی، و بهرام، مریم. (۱۳۹۸). تعیین تاثیر آموزش شناختی-رفتاری شادکامی فوردایس بر میزان شادکامی دانش آموزان، پنجمین همایش ملی تازه‌های روانشناسی مثبت نگر، بندرعباس، دانشگاه فرهنگیان.
- جهانشاهلو، مرتضی، امیری، حمید، و صالحی، آزاده. (۱۳۹۶). تأثیر درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری بر بهبود راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و کاهش علائم افسردگی در زنان مبتلابه سوءمصرف مواد، ششمین کنگره انجمن روانشناسی ایران، تهران، انجمن روانشناسی ایران.

حسینی، سیده معصومه، و سید ابراهیم علیزاده موسوی. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شادکامی مادران دارای کودک اوتیسم، چهارمین همایش ملی مشاوره و سلامت روان، قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان.

قاسمی، ندا، گودرزی، میترا، و غضنفری، فیروزه. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نظم جویی شناختی هیجان، مهارت‌های ذهن آگاهی و آمادگی برای تجربه شرم و گناه افراد مبتلا به اختلال اضطراب افسردگی مختلط، فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی ۹ (۳۴).

مردانی، سمیه، و مهرابی کوشکی، حسینعلی. (۱۳۹۶). پیش‌بینی افسردگی بر اساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و رضایت زناشویی در زنان، فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی ۱۸ (۳).

معینی، بابک، افشاری، مریم، و عباسی، حمید. (۱۳۹۸). رابطه‌ی احساس غربت با میزان افسردگی و شادکامی در دانشجویان خوابگاهی: یک مطالعه مقطعی، اولین همایش زندگی دانشجویی فرصت‌ها و آسیب‌ها با تاکید بر دانشجویان ساکن سراهای (خوابگاه‌های) دانشجویی، همدان، دانشگاه بوعلی سینا.

نصرتی، حسین. (۱۳۹۷). بررسی رابطه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و ویژگی‌های شخصیتی با افسردگی، چهارمین کنفرانس پژوهش در علوم تربیتی، روانشناسی و علوم اجتماعی، تهران، پردیس بین‌الملل توسعه ایده هزاره.

ولی الهی، سمانه، و اصغری، محمد جواد. (۱۳۹۶). بررسی رابطه اعتقادات مذهبی با افسردگی، امید و شادکامی در سالمندان شهر مشهد، سومین همایش بین‌المللی افق‌های نوین در علوم تربیتی، روانشناسی و آسیب‌های اجتماعی، تهران، انجمن افق نوین علم و فناوری.

References

- Gilbert, P. & procter, S. (2006) Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353-379.
- Grisham, J. R. Martyn, C. Kerin, F. Baldwin, P. A. & Norberg, M. M. (2018). Interpersonal functioning in Hoarding Disorder: An examination of attachment styles and emotion regulation in response to interpersonal stress. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 16, 43-49.
- Gottlieb, R. & Froh, J. (2019). Gratitude and happiness in adolescents: A qualitative analysis. In *Scientific concepts behind happiness, kindness, and empathy in contemporary society* (pp. 1-19). IGI Global.
- Garnefski, N. Kraaij, V. & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*, 30(8), 1311-1327.
- Grisham, J. R. Martyn, C. Kerin, F. Baldwin, P. A. & Norberg, M. M. (2018). Interpersonal functioning in Hoarding Disorder: An examination of attachment styles and emotion regulation in response to interpersonal stress. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 16, 43-49.
- Howell, A. J. & Passmore, H. A. (2019). Acceptance and Commitment Training (ACT) as a Positive Psychological Intervention: A Systematic Review and Initial Meta-analysis Regarding ACT's Role in Well-Being Promotion Among University Students. *Journal of Happiness Studies*, 1-16.
- Harris, R. (2019). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Ludwigs, K. Henning, L. & Arends, L. R. (2019). Measuring happiness—a practical review. In *Perspectives on Community Well-Being* (pp. 1-34). Springer, Cham.

- Luo, S. (2019). Happiness and the Good Life: A Classical Confucian Perspective. *Dao*, 18(1), 41-58.
- Stefan, S. & Hofmann, S. G. (2019). Integrating Metta Into CBT: How Loving Kindness and Compassion Meditation Can Enhance CBT for Treating Anxiety and Depression. *Clinical Psychology in Europe*, 1, e32941.
- Sun, S. Pickover, A. M. Goldberg, S. B. Bhimji, J. Nguyen, J. K. Evans, A. E. ... & Kaslow, N. J. (2019). For Whom Does Cognitively Based Compassion Training (CBCT) Work? An Analysis of Predictors and Moderators among African American Suicide Attempters. *Mindfulness*, 1-14.
- Swain, J. Hancock, K. Hainsworth, C. & Bowman, J. (2013). Acceptance and commitment therapy in the treatment of anxiety: a systematic review. *Clinical psychology review*, 33(8), 965-978.
- Stefan, S. & Hofmann, S. G. (2019). Integrating Metta Into CBT: How Loving Kindness and Compassion Meditation Can Enhance CBT for Treating Anxiety and Depression. *Clinical Psychology in Europe*, 1, e32941.
- Watkins, P. C. Emmons, R. A. Greaves, M. R. & Bell, J. (2018). Joy is a distinct positive emotion: Assessment of joy and relationship to gratitude and well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 13(5), 522-539.
- Wilkinson, R. A. & Chilton, G. (2017). Positive art therapy theory and practice: Integrating positive psychology with art therapy. Routledge.
- Watkins, P. C. Emmons, R. A. Greaves, M. R. & Bell, J. (2018). Joy is a distinct positive emotion: Assessment of joy and relationship to gratitude and well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 13(5), 522-539.
- Zilverstand, A. Parvaz, M. A. & Goldstein, R. Z. (2017). Neuroimaging cognitive reappraisal in clinical populations to define neural targets for enhancing emotion regulation. A systematic review. *Neuroimage*, 151, 105-116.
- Zilverstand, A. Parvaz, M. A. & Goldstein, R. Z. (2017). Neuroimaging cognitive reappraisal in clinical populations to define neural targets for enhancing emotion regulation. A systematic review. *Neuroimage*, 151, 105-116.

پرسشنامه تنظیم هیجان

ردیف	سؤال‌ها	هرگز	به ندرت	برخی اوقات	اغلب اوقات	همیشه
۱	احساس می‌کنم در مورد آن اتفاق ناگوار و با شرایط استرس‌زا خودم مقصرم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲	فکر می‌کنم مجبورم آنچه اتفاق افتاده است را بپذیرم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳	به احساساتم درباره تجربه ناگواری که داشته‌ام فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۴	به چیزهای بهتر از آنچه تجربه کرده‌ام فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۵	به کارهای خوبی که می‌توانم انجام دهم فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۶	به این فکر می‌کنم که می‌توانم از این شرایط چیزهایی یاد بگیرم.	۱	۲	۳	۴	۵
۷	به این فکر می‌کنم که از این بدتر هم می‌توانست اتفاق بیفتد.	۱	۲	۳	۴	۵
۸	به این فکر می‌کنم که اتفاقی که برایم افتاده بدتر از چیزی است که بر سر دیگران آمده است.	۱	۲	۳	۴	۵
۹	احساس می‌کنم دیگران مقصر این اتفاق هستند.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰	حس می‌کنم مسئول آن اتفاق ناگوار و یا شرایط استرس‌زا خودم هستم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۱	فکر می‌کنم مجبورم شرایط پیش‌آمده را بپذیرم.	۱	۲	۳	۴	۵

۱۲	افکار و احساسی که در جریان ناگواری تجربه داشته‌ام مرا به خود مشغول می‌کند.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۳	به چیزهای خوبی فکر می‌کنم که بیش از آن به آن‌ها نپرداخته‌ام.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۴	به این فکر می‌کنم که چگونه می‌توانم با شرایط پیش‌آمده به بهترین نحو کنار بیایم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۵	به این فکر می‌کنم که می‌توانم بعد از این اتفاق فرد قوی‌تری باشم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۶	به این فکر می‌کنم که دیگران شرایط بدتر از این هم تجربه کرده‌اند.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۷	مرتب به میزان فاجعه‌آمیز بودن تجربه‌ای که داشته‌ام فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۸	احساس می‌کنم دیگران مسئول این اتفاق هستند.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۹	به اشتباهاتی که در آن شرایط مرتکب شده‌ام فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۰	فکر می‌کنم نمی‌توانم در مورد اتفاق رخ داده چیزی را عوض کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۱	تمایل دارم دلیل احساساتی را که در جریان اتفاق ناگوار داشته‌ام بفهمم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۲	در عوض فکر کردن به آن اتفاق ناگوار به چیزهای مطبوع فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۳	به این فکر می‌کنم که چگونه می‌توانم شرایط را عوض کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۴	به این فکر می‌کنم که این شرایط ناگوار می‌تواند ابعاد مثبتی هم داشته باشد.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۵	به این فکر می‌کنم که این اتفاق در مقایسه با اتفاقات دیگر خیلی هم بد نبوده است.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۶	فکر می‌کنم اتفاقاتی که برایم رخ داده بدتر از آن چیزی است که می‌توانست برای کسی اتفاق بیفتد.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۷	به اشتباهات دیگران که باعث این اتفاق شد فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۸	فکر می‌کنم که علت اصلی این اتفاقات ناگوار و شرایط استرس‌زا خودم هستم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۹	فکر می‌کنم باید یاد بگیرم با آن زندگی کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳۰	گرفتار احساساتی هستم که شرایط ناگوار برایم ایجاد می‌کند.	۱	۲	۳	۴	۵
۳۱	به تجارب خوب فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳۲	به نقشه‌ای برای عملکرد بهتر فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳۳	به ابعاد مثبت مسئله فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳۴	به خودم می‌گویم در زندگی اتفاقات ناگواری وجود دارد که باید با آن روبرو شد.	۱	۲	۳	۴	۵
۳۵	مدام به میزان وحشتناکی شرایط پیش‌آمده فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳۶	حس می‌کنم علت اصلی این اتفاق دیگران هستند.	۱	۲	۳	۴	۵

پرسشنامه شادکامی

ردیف	۱	۲	۳	۴
۱	الف) احساس شادی نمی‌کنم.	ب) نسبتاً احساس شادی می‌کنم.	ج) خیلی شاد هستم.	د) بیش از حد شادم.
۲	الف) نسبت به آینده خوشبین نیستم.	ب) نسبت به آینده خوشبین هستم.	ج) احساس می‌کنم آینده ای نویدبخش در انتظار من است.	د) احساس می‌کنم زندگی سرشار از امیدی پیش رو دارم.
۳	الف) در حقیقت از هیچ جنبه زندگی ام راضی نیستم.	ب) از بعضی از جنبه‌های زندگی ام راضی هستم.	ج) از بسیاری از جنبه‌های زندگی ام رضایت دارم.	د) از همه جنبه‌های زندگی ام کاملاً راضی‌ام.
۴	الف) احساس می‌کنم کنترل چندانی بر زندگی ام ندارم.	ب) احساس می‌کنم تا اندازه ای بر زندگی ام کنترل دارم.	ج) احساس می‌کنم بیشتر اوقات بر زندگی ام کنترل دارم.	د) احساس می‌کنم بر تمام جنبه‌های زندگی ام کنترل دارم.
۵	الف) احساس می‌کنم زندگی چندان رضایت بخش نیست.	ب) احساس می‌کنم زندگی رضایت بخش است.	ج) احساس می‌کنم بسیار رضایت بخش است.	د) احساس می‌کنم بسیار رضایت بخش است.

۶	(الف) از خودم چندان راضی نیستم.	(ب) از آنچه هستم احساس رضایت میکنم.	(ج) از آنچه هستم خیلی احساس رضایت میکنم.	(د) از آنچه هستم شدیداً احساس رضایت میکنم.
۷	(الف) هرگز بر رویدادهای زندگی اثر خوبی نمیگذارم.	(ب) به ندرت بر رویدادهای زندگی اثر خوب میگذارم.	(ج) معمولاً بر رویدادهای زندگی اثر خوب میگذارم.	(د) همیشه بر رویدادهای زندگی اثر خوب میگذارم.
۸	(الف) با زندگی کنار می‌آیم.	(ب) از نظر من زندگی خوب است.	(ج) از نظر من زندگی خیلی خوب است.	(د) من عاشق زندگی هستم.
۹	(الف) در واقع به دیگران علاقه‌ای ندارم.	(ب) کمابیش به دیگران علاقه دارم.	(ج) خیلی به دیگران علاقه دارم.	(د) شدیداً به دیگران علاقه دارم.
۱۰	(الف) تصمیم‌گیری برایم مشکل است.	(ب) تصمیم‌گیری برایم نسبتاً آسان است.	(ج) در بیشتر موارد تصمیم‌گیری برایم نسبتاً آسان است.	(د) به راحتی میتوانم هر نوع تصمیمی بگیرم.
۱۱	(الف) شروع هرکاری برایم مشکل است.	(ب) شروع کارها برایم نسبتاً آسان است.	(ج) شروع کارها برایم آسان است.	(د) احساس میکنم میتوانم هرکاری را بر عهده بگیرم.
۱۲	(الف) هنگام بیدار شدن از خواب بندرت احساس خستگی میکنم.	(ب) گه‌گاه وقتی از خواب بیدار میشوم، احساس رفع خستگی میکنم.	(ج) معمولاً وقتی از خواب بیدار میشوم احساس رفع خستگی میکنم.	(د) همیشه وقتی از خواب بیدار میشوم، احساس رفع خستگی میکنم.
۱۳	(الف) احساس میکنم، به هیچ وجه توان و نیرویی ندارم.	(ب) احساس میکنم تا اندازه‌ای توان و نیرو دارم.	(ج) احساس میکنم سرشار از توان و نیرو هستم.	(د) احساس میکنم، بی‌اندازه توان و نیرو دارم.
۱۴	(الف) احساس میکنم چیز زیبا و قشنگی در دنیا وجود ندارد.	(ب) بعضی چیزهای دنیا را زیبا و قشنگ میبینم.	(ج) بسیاری از چیزهای دنیا را زیبا و قشنگ میبینم.	(د) همه دنیا برایم زیبا و قشنگ جلوه میکند.
۱۵	(الف) احساس میکنم، ذهنم هوشیار نیست.	(ب) احساس میکنم از لحاظ ذهنی هوشیارم.	(ج) احساس میکنم از لحاظ ذهنی بسیار هوشیارم.	(د) احساس میکنم از لحاظ ذهنی کاملاً هوشیارم.
۱۶	(الف) احساس سلامتی و تندرستی میکنم.	(ب) کمابیش احساس سلامتی و تندرستی میکنم.	(ج) بسیار احساس سلامتی و تندرستی میکنم.	(د) کاملاً احساس سلامتی و تندرستی میکنم.
۱۷	(الف) نسبت به دیگران چندان احساس صمیمیت نمیکنم.	(ب) نسبت به دیگران تا حدودی احساس صمیمیت میکنم.	(ج) نسبت به دیگران خیلی احساس صمیمیت میکنم.	(د) به همه انسان‌ها عشق میورزم.
۱۸	(الف) از گذشته خاطره‌های خوش زیادی ندارم.	(ب) از گذشته چند خاطره خوش دارم.	(ج) بیشتر خاطره‌های گذشته من خوش هستند.	(د) تمام خاطره‌های گذشته من خوش هستند.
۱۹	(الف) هرگز حالت شور و شوق ندارم.	(ب) بعضی وقت‌ها دارای شور و شوق هستم.	(ج) بیشتر وقت‌ها شور و شوق دارم.	(د) همیشه دارای شور و شوق هستم.
۲۰	(الف) بین آنچه دوست داشتم انجام بدهم و آنچه انجام داده‌ام، فاصله‌ای هست.	(ب) بعضی از چیزهایی که میخاستم، انجام داده‌ام.	(ج) بسیاری از چیزهایی که میخاستم انجام داده‌ام.	(د) همیشه دارای شور و شوق هستم.
۲۱	(الف) نمیتوانم وقتم را خیلی خوب تنظیم کنم.	(ب) تا اندازه‌ای وقتم را خوب تنظیم میکنم.	(ج) میتوانم وقتم را خیلی خوب تنظیم کنم.	(د) میتوانم وقتم را برای هرکاری که می‌خواهم، اختصاص دهم.
۲۲	(الف) از بودن با دیگران لذت نمیبرم.	(ب) گاهی از بودن با دیگران لذت میبرم.	(ج) معمولاً از بودن با دیگران لذت میبرم.	(د) همیشه از بودن با دیگران لذت میبرم.
۲۳	(الف) اثر خوبی بر دیگران نمیگذارم.	(ب) گاهی اثر خوبی بر دیگران میگذارم.	(ج) معمولاً اثر خوبی بر دیگران میگذارم.	(د) همیشه اثر خوبی بر دیگران میگذارم.

۲۴	الف) در زندگی هدف خاصی ندارم.	ب) زندگی ام تا اندازه ای معنا دار و هدف مند است.	ج) زندگی ام پر از معنا و هدف است.	د) کل زندگی من معنا دار و هدفمند است.
۲۵	الف) من احساس تعهد و فعالیت چندانی نمیکنم.	ب) گاهی احساس تعهد و فعالیت میکنم.	ج) غالباً احساس تعهد و فعالیت میکنم.	د) همیشه احساس تعهد و فعالیت میکنم.
۲۶	الف) فکر میکنم دنیا جای خوبی نیست.	ب) فکر میکنم دنیا کم و بیش جای خوبی است.	ج) فکر میکنم دنیا کم و بیش جای خیلی خوبی است.	د) فکر میکنم دنیا جای عالی است.
۲۷	الف) به ندرت میخندم.	ب) زیاد میخندم.	ج) بسیار زیاد میخندم.	د) همیشه در حال خندیدن هستم
۲۸	الف) آدم جذابی نیستم.	ب) نسبتاً جذاب هستم.	ج) جذاب هستم.	د) بی اندازه جذاب هستم.
۲۹	الف) به نظر من هیچ چیز جالبی وجود ندارد.	ب) بعضی چیزها را جالب میبینم.	ج) بیشتر چیزها را جالب میبینم.	د) به نظر من همه چیزها جالب اند.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy with a Look at Compassion Therapy in Cognitive Positive Emotion Regulation and Happiness in Patients with Major Depressive Disorder

Elham. Paktinatan¹, Mahbobeh. Chinaveh^{*2} & Samad. Fereidooni³

Abstract

Aim: The present study aimed to examine the effectiveness of acceptance and commitment group therapy with a look at compassion therapy in cognitive emotion regulation and happiness in patients with major depressive disorder.

Methods: The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design, a control group, and a three-month follow-up of the intervention therapy. Using the convenience sampling method, patients with major depressive disorder were selected from Jam, Siraf, Kankan, and Asalouyeh counties, and Pardis and Naft Jam towns in 2020, and were randomly assigned to an 8-member experimental group and an 8-member control group. After performing the pre-test, the experimental groups received acceptance and commitment group therapy based on compassion therapy for 8 sessions (90-minute sessions in 8 consecutive weeks). Research tools included the cognitive emotion regulation questionnaire by Garnefski et al. and Oxford Happiness Inventory. Data were analyzed using repeated-measures analysis of variance and SPSS25.

Results: The acceptance and commitment group therapy with a look at compassion therapy increased cognitive positive emotion regulation and happiness in the experimental group in the post-test ($P=0.05$), and the effect was stable at the follow-up stage ($P=0.05$).

Conclusion: The results indicated the effect of acceptance and commitment group therapy with a look at compassion therapy in patients with major depressive disorder, leading to higher cognitive positive emotion regulation and happiness, which should be always in main programs of counseling centers; hence, patients with major depressive disorder can reduce the rate of maladaptive behaviors by attending sessions and planning for objective and behavioral goals.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy (ACT); Compassion Therapy; Cognitive Positive Emotion Regulation; Happiness

1. PhD Student, Department of Psychology, Arsanjan Branch, Islamic Azad University, Arsanjan, Iran

2. *Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Arsanjan Branch, Islamic Azad University, Arsanjan, Iran

Email: hivachinaveh@gmail.com

3. Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran