

بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رنج بیماران افسرده

بستری در مرکز

لیلا کولیوند

دانش‌آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، مؤسسه آموزش عالی ناصر خسرو، ساوه، ایران

چکیده

در دنیای امروز که مواجهه با مسائل محیط‌زیستی و تهدیدات جدی برای سلامتی و بقای انسان‌ها به‌منظور یک آینده پایدار است، درک تلافی قانون محیط‌زیست و حقوق بشر بسیار ضروری می‌باشد زیرا فظ و حمایت از محیط زیست، از طرفی به رعایت حقوق بشر کمک می‌کند و از طرف دیگر، رویکرد قراردادهای بین‌المللی برای حفاظت از محیط زیست تغییر کرده و آن را به عنوان یک اصل مستخدم در توسعه تبدیل کرده است. در این مقاله به موضوع تلافی قانون محیط زیست و حقوق بشر: به سوی یک آینده پایدار پرداخته شده است در نتیجه از نظر هدف کاربردی و مسأله محور است و بررسی می‌کند که چطور قانون محیط زیست و حقوق بشر رابطه‌ی نزدیکی با یکدیگر دارند و چقدر این دو حوزه در آینده پایدار تاثیرگذار خواهند بود، این مقاله با توجه به اینکه شیوع تغییرات اقلیمی و تهدیدات محیط زیستی جهانی به حقوق بشر و رفاه جامعه تاثیر می‌گذارند، به بررسی مسائلی مانند حقوق انسانی، حق محیط زیست و تعهدات بین‌المللی در قانون محیط زیستی می‌پردازد. نتایج نشان داد با توجه به اینکه تأثیرات تخریب محیط زیست همه جای جهان را فرا گرفته است و اثرات آن بر کیفیت زندگی و سلامت انسان‌ها قابل انکار است، تلاش برای ادغام محیط زیست و حقوق بشر و ترویج سیاست‌های پایدار بسیار اهمیت دارد، فراهم کردن شایط مناسب برای زیست و بقای انسان‌ها و دیگر موجودات زمین، تنها با ترکیب این دو عامل ممکن است. بنابراین به‌منظور دستیابی به یک آینده پایدار، باید تلاش کرد تا قانون محیط زیستی را به عنوان شاخصی از حقوق بشر در نظر گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: آینده پایدار، حقوق بشر، محیط زیست.

مقدمه

افسردگی اختلالی است که به دلایل مختلف با آشفتگی عملکرد مغز مرتبط است و بر کل ارگانیزم و شخصیت اثر می‌گذارد. «اراده» به تنهایی برای مقابله با اختلالی تا این حد پیچیده کافی نیست و به همین دلیل بی‌تردید دریافت درمان‌های تخصصی، زمانی که فردی از این اختلال رنج می‌برد ضروری است. در واقع افسردگی پس از بیماری‌های قلبی و عروق، دومین عامل تهدیدآمیز برای سلامت پس از این بیماری‌هاست و مهمترین اختلال بیشاوری است (گلستانی فر و همکاران، ۱۴۰۰). افسردگی شامل احساسات اندوه و غم، از دست دادن علاقه، کاهش عملکرد شخصی و اجتماعی، تغییرات در الگوهای خواب، تغذیه، و سطوح انرژی است و منجر به تغییرات در خلق و خو، نظرپذیری، و عملکرد جسمی و جنسی می‌شود. افسردگی معمولاً همراه با کاهش امید به زندگی و سلامت روانی است که یک نشانگر بحرانی برای میانگین عمر یک جامعه است. افراد افسرده ممکن است درگیر افکار و احساس پوچی، احساس گناه یا پشیمانی نامشخص، درماندگی یا ناامیدی باشند و در مورد آن‌ها نشخوار ذهنی را تجربه کنند (نظری، ۱۴۰۱). سایر علائم افسردگی شامل تمرکز و حافظه ضعیف، کناره‌گیری از موقعیت‌ها و فعالیت‌های اجتماعی، کاهش میل جنسی، تحریک‌پذیری و افکار مرگ یا خودکشی است. با اینحال مشاهده شده است که روانشناسان و پزشکان همواره در تداوی بیماران افسرده با چالش‌هایی مواجه بوده‌اند، به‌ویژه زمانی که این بیماران بستری شده‌اند. بطور معمول، راهکارهای موجود برای تداوی افسردگی در بیماران بستری کارایی محدودی دارند و بسیاری از افراد افسرده نتوانسته‌اند از این روش‌ها به طور کامل بهره‌مند شوند (ویل و همکاران، ۲۰۲۱). برای بهبود ویژگی‌های روانشناختی مرتبط با سلامت افراد مبتلا به افسردگی، روش‌های مختلفی وجود دارد از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در این نوع درمان، به افراد آموزش می‌شود تا آگاه باشند، شرایط را بپذیرند و بدون قضاوت نظارت می‌کنند. این روش از موج سوم روان درمانی گرفته شده و هدف آن ایجاد و افزایش انعطاف‌پذیری روانی است که به معنای انتخاب و اجرای بهترین راه حل میان گزینه‌های موجود است. این روش انعطاف‌پذیری روانی را از طریق آموزش آگاهی‌شناختی، پذیرش روانی، جدا سازی شناختی، تعاریف ارزش‌ها، و ایجاد انگیزه برای عملکرد متعهدانه افزایش می‌دهد (ای تیک و همکاران، ۲۰۲۳). علاوه بر این، مداخلات روانشناختی مثبت از رویکرد روانشناختی مثبت‌گرایی گرفته شده و به افراد آموزش داده می‌شود که از طریق پذیرش خود، زندگی هدفمند، رشد شخصی، تسلط بر محیط، خودمختاری، ارتباطات مثبت، و بهبود خود، به بهبود سلامت و رفاه خود بپردازند (هیز و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد یک رویکرد روان‌شناختی-رفتاری است که بنا بر اصول بنیادین پذیرش و تعهد به ارزش‌ها و اهداف زندگی می‌پردازد، در این روش درمانی، فرد به‌جای تلاش برای از بین بردن خطرات و نارضایتی‌ها، با مواجهه و پذیرش آن‌ها سعی در ایجاد تغییر مثبت در زندگی خود دارد (حسین لو و همکاران، ۱۴۰۰). به عبارتی دیگر، این رویکرد به فرد کمک می‌کند تا با پذیرش احساسات و افکار منفی خود، بر ارتباط با ارزش‌ها و اهداف اصلی زندگی‌اش تمرکز کند و در نهایت به بهبود کیفیت زندگی خود برسد. این روش درمانی براساس تکنیک‌های مختلفی مانند پذیرش حالت حاضر، ذهن آگاهی، تعهد به اهداف و ایجاد ارتباط با ارزش‌ها و اهداف زندگی بر پایه دارد (فرخزادیان و همکاران، ۱۳۹۹). این رویکرد درمانی به‌طور گسترده‌ای برای درمان اختلالات روانی مانند اضطراب، افسردگی، اعتیاد و مشکلات روانی دیگر استفاده می‌شود و نتایج موفقیت‌آمیزی در کاهش علائم و بهبود کیفیت زندگی افراد داشته است. روش‌های اصلی این رویکرد شامل بازسازی شناختی افکار با تأکید بر اندیشه مثبت، برنامه ریزی فعالیت‌های لذت بخش و قابل کنترل، و آموزش شجاعت و حل مسائل می‌باشد. در نتیجه گروه‌های درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک روش جدید و نوآور در تداوی افسردگی مورد توجه قرار گرفته‌اند. این گروه‌ها از روش‌های متفاوتی نظیر درمان شناختی-رفتاری برای کمک به بیماران افسرده استفاده می‌کنند و به آنها کمک می‌کنند که با رنج‌های خود به صورت موازی و همزمان کنار بیایند (کاندیلیس و همکاران، ۲۰۲۰). تحقیقات گذشته نشان داده‌اند که مشارکت در گروه‌های درمانی می‌تواند بهبود قابل توجهی در افسردگی و کیفیت زندگی افراد ایجاد کند، اما بیشتر این تحقیقات بر روی افراد افسرده خارج از بستری تمرکز داشته است. بنابراین، پروپوزال حاضر تلاش دارد تا اثربخشی گروه‌های درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رنج بیماران افسرده

بستری در مرکز را بررسی کند و نقاط قوت و ضعف این روش را به طور دقیق مورد بررسی قرار دهد(ای تیک و همکاران، ۲۰۲۳).

نوآوری این پروپوزال در این است که به بررسی اثربخشی گروه‌های درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بخصوص در محیط بستری مرکز درمانی می‌پردازد، که می‌تواند به بهبود خدمات درمانی و کاهش رنج افراد افسرده تازه بستری شده کمک کند. بنابراین، تحقیقات بیشتری در زمینه اثربخشی گروه‌های درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی بیماران افسرده بستری در مراکز بهداشتی و درمانی نیاز است. با بررسی این مطلب می‌توان روش‌های بهبودی مبتنی بر مداخلات گروهی را برای بهبود وضعیت روانی و جسمی این گروه افراد ارائه کرد و از آنان حمایت کرد تا بتوانند بهترین شیوه تداوی برای خود را انتخاب کنند. این پژوهش در صدد آن است که نتایج آن بهبود معنویت و رضایت بیماران افسرده و همچنین بهبود دقت تشخیص و درمان بیماران در این مراکز را به همراه داشته باشد و در نتیجه در تلاش است تا به این سؤال پاسخ دهد که آیا گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رنج بیماران افسرده بستری در یک مرکز بهداشتی درمانی تأثیر دارد؟

ادبیات تحقیق

مدل پیشنهادی تحقیق شامل دو بعد گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان متغیر مستقل و رنج بیماران افسرده به عنوان متغیر وابسته است. در این بخش به معرفی هریک از متغیرهای تحقیق پرداخته می‌شود.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) یک روش روان‌درمانی است که بر پذیرش و تعهد به عمل می‌آورد. این روش بر ارتقای پذیرش احساسات و افکار نامطلوب و همچنین ایجاد تعهد به ارزش‌ها و اهداف مهم در زندگی تمرکز دارد. از جمله مهارت‌هایی که در این روش آموزش داده می‌شود عبارتند از پذیرش احساسات و تفکرات، حاضر بودن به تغییر و تطبیق و تمرکز بر اهداف و ارزش‌های شخصی. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به افزایش رضایت زندگی، کاهش استرس و افزایش بهره‌وری کمک کند(کالمن و همکاران، ۲۰۲۱).

افسردگی^۲

افسردگی یک وضعیت دلگیر و ناخوشایند است که ممکن است با احساس ترس، ناراحتی، اضطراب، احساس بی‌اهمیتی و احساس نومیدی همراه باشد. افراد مبتلا به افسردگی ممکن است تحریک پذیری، انرژی و انگیزه کاهش یافته و در برخی موارد ممکن است از خواب ناقص یا خواب بیش از حد رنج ببرند. افسردگی می‌تواند به صورت موقت یا مزمن باشد و نیاز به تشخیص و درمان توسط یک حرفه‌ای دارد(هیز و همکاران، ۲۰۲۲).

تحمل رنج^۳

تحمل رنج به مواجهه و برخورد با مشکلات، استرس‌ها و ناراضی‌های زندگی اشاره دارد که به نوعی فرد مجبور است با آنها برخورد کند و آنها را مدیریت کند(هارت و همکاران، ۲۰۱۳).

مدل و فرضیه‌های تحقیق

با توجه به عنوان پژوهش بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رنج بیماران افسرده بستری در یک مرکز بهداشتی درمانی (مرکز مهرورزان صبا گستر واقع در شهر کرج استان البرز) می‌باشد پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از

1 Acceptance and Commitment Therapy

2 Depression

2 Enduring suffering

نظر روش کار توصیفی از نوع نیمه آزمایشی و بر اساس طرح پیش آزمون - پس آزمون می باشد، به همین منظور ابتدا و در مرحله پیش آزمون، از نمونه ها آزمون افسردگی به عمل آمد تا میزان افسردگی در آنها سنجیده شود سپس آنهایی که درصد افسردگی بالاتری داشتند ابه عنوان حجم نمونه انتخاب شدند و با استفاده از پرسشنامه سنجش احساس رنج، آزمون تحمل رنج از آنها به عمل آمد، سپس نمونه ها بصورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. در گروه کنترل هیچ مداخله ای صورت نگرفت اما در گروه آزمایش پکیج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد توسط پژوهشگر ارائه شد. پس از اتمام جلسات درمانی و در مرحله پس آزمون مجدد از هر دو گروه، آزمون تحمل رنج به عمل آمد. سپس پرسشنامه ها جمع آوری و در نهایت محاسبات با توجه به پاسخ های ارائه شده انجام گرفت.

در این راستا و با توجه به مدل فوق، تحقیق حاضر قصد دارد به بررسی فرضیه های زیر بپردازد:

فرضیه اصلی: گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رنج بیماران افسرده بستری تأثیر معناداری دارد.

فرضیه شماره ۱: گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رنج بیماران افسرده بستری از بعد (رنج جسمانی) تأثیر معناداری دارد.

فرضیه شماره ۲: گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رنج بیماران افسرده بستری از بعد (رنج روانشناختی) تأثیر معناداری دارد.

فرضیه شماره ۳: گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رنج بیماران افسرده بستری از بعد (رنج وجودی) تأثیر معناداری دارد.

روش تحقیق

جامعه آماری و روش نمونه گیری

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی و مبتنی بر طرح پیش آزمون - پس آزمون است، بنابراین و بر اساس روش تحقیق دلاور (۱۳۸۵) حجم نمونه ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به افسردگی که توسط مرکز معرفی شده بودند بصورت در دسترس انتخاب و در پژوهش شرکت داده شدند. بدین ترتیب که ابتدا در مرحله پیش آزمون از آنها آزمون افسردگی به عمل آمد و نمره میانگین و میزان افسردگی در آنها ثبت گردید. سپس نمونه ها از بین افرادی که میزان افسردگی بالاتری داشتند انتخاب شده و از آنها آزمون تحمل رنج به عمل آمد. در ادامه نمونه ها بطور تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره (۱۵ نفر آزمایش) و (۱۵ نفر کنترل) تقسیم شدند، گروه آزمایش توسط گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد تحت درمان قرار گرفت ولی در گروه کنترل هیچ مداخله ای انجام داده نشد. سپس با اتمام جلسات درمان مجدد و در مرحله پس آزمون از گروه ها آزمون تحمل رنج به عمل آمده و نتایج آن ثبت گردید. جدول شماره ۱ ویژگی جمعیت شناختی پاسخ دهندگان را نشان می دهد.

جدول ۱. ویژگی جمعیت شناختی پاسخ دهندگان

متغیر		فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	مرد	۱۳	۴۳/۳
	زن	۱۷	۵۶/۷
سن	۲۰-۳۰	۹	۳۰/۰
	۳۰-۴۰	۱۳	۴۳/۳
	۴۰ و بالاتر	۸	۲۶/۷
تحصیلات	دیپلم	۱۶	۵۳/۳
	لیسانس	۹	۳۰/۰
	فوق لیسانس	۵	۱۶/۷

ابزار

در این پژوهش داده ها در دو بخش کتابخانه‌ای و میدانی گردآوری شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش در بخش کتابخانه‌ای شامل کتب و منابع علمی معتبر و در بخش میدانی شامل پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۶۱)، پرسشنامه احساس رنج اسپالز و همکاران (۲۰۱۰) و استفاده از پکیج و محتوای درمان پذیرش و تعهد عباسی و همکاران (۱۳۸۹) بوده است.

پایایی

در این پژوهش به منظور تعیین روایی و پایایی پرسشنامه پاسخنامه ۲۰ نفر از آزمون دهنده ها بطور تصادفی انتخاب و جمع آوری شده و بر اساس روایی سازه و آلفای کرونباخ محاسبه شده و مورد تأیید اساتید قرار گرفت. نتایج حاصل از تعیین روایی سازه بر اساس ضریب همبستگی برای افسردگی- تحمل رنج ۰/۷۳ بدست آمد که نشان از روایی مناسب پرسشنامه در این پژوهش دارد.

جدول ۲. بررسی روایی پرسشنامه تحقیق

متغیر	ضریب همبستگی	سطح معناداری
افسردگی- تحمل رنج	۰/۷۳	۰/۰۰

برای محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه افسردگی و تحمل رنج بالاتر از ۰/۷ بدست آمد که نشان داد پرسشنامه افسردگی و تحمل رنج در این پژوهش از پایایی کافی برخوردار هستند.

جدول ۳. بررسی پایایی پرسشنامه تحقیق

متغیر	آلفای کرونباخ
افسردگی	۰/۷۲
تحمل رنج	۰/۷۶

یافته‌های تحقیق

تحقیق حاضر به پژوهش بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رنج بیماران افسرده بستری در یک مرکز بهداشتی درمانی پرداخته است. در نتیجه تجزیه و تحلیل داده ها در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی انجام گرفته است، بدین ترتیب که در بخش آمارتوصیفی برای توصیف داده‌ها، شاخص‌های آماری مورد استفاده شامل جدول فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار محاسبه گردید، و در بخش آماراستنباطی از تحلیل کوواریانس استفاده شد. کلیه محاسبات با استفاده از نرم افزار SPSS22 صورت گرفته است. نتایج حاصل از آزمون فرضیه ها در جداول ۴ تا ۱۵ قابل مشاهده است:

فرضیه اصلی: گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رنج بیماران افسرده بستری در یک مرکز بهداشتی درمانی تأثیر معناداری دارد.

جدول ۴. تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه نمره تحمل رنج در گروه آزمایش و کنترل

گروه	جمع مجزورات	میانگین مجزورات	F	P
بین گروهی	۸/۱۶	۴/۰۸	۰/۴۵	۰/۰۰۴
درون گروهی	۲۹/۵۸	۹/۰۴		
جمع کل	۳۷/۷۴			

در آزمون تحلیل واریانس یک طرفه، اساس معناداری مقدار F می باشد بطوریکه در آن سطح معنی داری F باید از ۰/۰۵ کوچکتر باشد تا بتوان گفت میان گروه ها تفاوت معنادار وجود دارد. در جدول (۴) عامل معناداری در واریانس یک طرفه با توجه

به مقدار $F = ۰/۴۵$ در سطح معناداری $۰/۰۰۴$ ، نشان می دهد که نمره تحمل رنج در دو گروه آزمایش و کنترل دارای تفاوت معناداری می باشد.

در مرحله دوم به منظور بررسی دو به دوی گروه ها و مشخص کردن محل تفاوت (تفاوت بین گروه ها) از آزمون تعقیبی توکی استفاده گردید که نتایج آن در جدول (۵) قابل مشاهده است:

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی توکی

گروه	تفاوت میانگین	sig
گروه آزمایش	۱/۲۵*	۰/۰۰
گروه کنترل	- ۰/۸۳*	۰/۰۰

مطابق نتایج مندرج در جدول (۵) این آزمون تعقیبی گروه ها را به دو دسته تقسیم بندی کرده است. در داخل گروه از نظر تحمل رنج تفاوت معنی داری با هم ندارند اما میانگین تحمل رنج بین گروه ها تفاوت معنی داری با هم دارد. نتایج این جدول نشان می دهد که میان گروه آزمایش به میزان ۱/۲۵ با کنترل نیز به میزان ۰/۸۳- تفاوت میانگین وجود دارد.

از آنجا که آزمون تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون تعقیب توکی فقط معناداری تفاوت میان گروه ها را نشان می دهد و مشخص نمی کند که جلسات درمانی روی کدام گروه تأثیر بیشتری داشته است در نتیجه از آزمون t زوجی برای مقایسه نمره پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش و کنترل استفاده گردید که نتایج آن در جدول (۶) قابل مشاهده است.

جدول ۶. آزمون t زوجی برای مقایسه نمره پیش آزمون و پس آزمون در آزمایش و کنترل

متغیر	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد	t	p-value
گروه آزمایش	پیش آزمون	۱۰/۶۶	۲/۳۸	۰/۹۲	۰/۰۰۲
	پس آزمون	۹/۴۹	۲/۲۱		
گروه کنترل	پیش آزمون	۹/۸۳	۴/۰۴	۰/۳۸	۰/۰۳
	پس آزمون	۹/۸۱	۳/۶۸		

در این مرحله به منظور آزمون فرضیه ها و مشخص کردن تأثیر جلسات درمانی بر روی گروه آزمایش از تحلیل t زوجی به منظور مقایسه نمره پس آزمون با پیش آزمون در گروه ها استفاده گردید. همانگونه که در جدول (۶) مشاهده می گردد نمره احساس رنج در گروه آزمایش در پیش آزمون ۱۰/۶۶ بوده که در پس آزمون به ۹/۴۹ کاهش یافته است و این کاهش از نظر آماری نیز معنادار می باشد چنانکه سطح معناداری در گروه آزمایش ($p=۰/۰۰۲$) می باشد. لذا با توجه به موارد مذکور فرضیه صفر رد می شود و فرضیه اصلی مورد تأیید است.

فرضیه فرعی اول: گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رنج بیماران افسرده بستری در یک مرکز بهداشتی درمانی از بعد (رنج جسمانی) تأثیر معناداری دارد.

جدول ۷. تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه نمره تحمل رنج در گروه آزمایش و کنترل

گروه	جمع مجزورات	میانگین مجزورات	F	P
بین گروهی	۸/۷۲	۴/۳۶	۴/۰۶	۰/۰۲
درون گروهی	۱۶/۵۰	۵/۱۰		
جمع کل	۲۳/۲۲			

در آزمون تحلیل واریانس یک طرفه، اساس معناداری مقدار F می باشد بطوریکه در آن سطح معنی داری F باید از ۰/۰۵ کوچکتر باشد تا بتوان گفت میان گروه ها تفاوت معنادار وجود دارد. در جدول (۷) عامل معناداری در واریانس یک طرفه با توجه به مقدار $F = ۴/۰۶$ در سطح معناداری ۰/۰۲ نشان می دهد که نمره احساس رنج از بعد رنج جسمانی در دو گروه آزمایش و کنترل دارای تفاوت معناداری می باشد.

در مرحله دوم به منظور بررسی دو به دوی گروه ها و مشخص کردن محل تفاوت (تفاوت بین گروه ها) از آزمون تعقیبی توکی استفاده گردید که نتایج آن در جدول (۸) قابل مشاهده است :

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی توکی

گروه	تفاوت میانگین	sig
گروه آزمایش	*۱/۲۵-	۰/۰۲
گروه کنترل	*۲/۰۸-	۰/۰۱

مطابق نتایج مندرج در جدول (۸) این آزمون تعقیبی گروه ها را به دو دسته تقسیم بندی کرده است. در داخل گروه از نظر تحمل رنج از بعد رنج جسمانی تفاوت معنی داری با هم ندارند اما میانگین تحمل رنج از بعد رنج جسمانی بین گروه ها تفاوت معنی داری با هم دارد. نتایج این جدول نشان می دهد که میان گروه آزمایش به میزان ۱/۲۵- با کنترل به میزان ۲/۰۸- تفاوت میانگین وجود دارد.

از آنجا که آزمون تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون تعقیب توکی فقط معناداری تفاوت میان گروه ها را نشان می دهد و مشخص نمی کند که جلسات درمانی روی کدام گروه تأثیر بیشتری داشته است در نتیجه از آزمون t زوجی برای مقایسه نمره پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش و کنترل استفاده گردید که نتایج آن در جدول (۹) قابل مشاهده است.

جدول ۹. آزمون t زوجی برای مقایسه نمره پیش آزمون و پس آزمون در آزمایش و کنترل

متغیر	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد	t	p-value
گروه آزمایش	پیش آزمون	۱۰/۹۱	۱/۵۶	۱/۴۱۹	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۹/۷۶	۱/۴۸		
گروه کنترل	پیش آزمون	۱۰/۰۸	۲/۴۶	۰/۵۱۸	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۱۰/۰۸	۲/۴۶		

در این مرحله به منظور آزمون فرضیه ها و مشخص کردن تأثیر جلسات درمانی بر روی گروه آزمایش از تحلیل t زوجی به منظور مقایسه نمره پس آزمون با پیش آزمون در گروه ها استفاده گردید. همانگونه که در جدول (۹) مشاهده می گردد نمره تحمل رنج از بعد رنج جسمانی در گروه آزمایش در پیش آزمون ۱۰/۹۱ بوده که در پس آزمون به ۹/۷۶ کاهش یافته است و این کاهش از نظر آماری نیز معنادار می باشد چنانکه سطح معناداری در گروه آزمایش ($p=0/001$) می باشد. لذا با توجه به موارد مذکور فرضیه صفر رد می شود و فرضیه اول مورد تأیید است.

فرضیه فرعی دوم: گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رنج بیماران افسرده بستری در یک مرکز بهداشتی درمانی از بعد (رنج روانشناختی) تأثیر معناداری دارد.

جدول ۱۰. تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه نمره تحمل رنج در گروه آزمایش و کنترل

گروه	جمع مجذورات	میانگین مجذورات	F	P
بین گروهی	۹/۷۴	۴/۸۷	۵/۰۳	۰/۰۲
درون گروهی	۱۷/۲۱	۱۹/۲۱		
جمع کل	۲۶/۹۵			

در آزمون تحلیل واریانس یک طرفه ، اساس معناداری مقدار F می باشد بطوریکه در آن سطح معنی داری F باید از ۰/۰۵ کوچکتر باشد تا بتوان گفت میان گروه ها تفاوت معنادار وجود دارد. در جدول (۱۰) عامل معناداری در واریانس یک طرفه با توجه به مقدار $F = ۵/۰۳$ در سطح معناداری ۰/۰۲ نشان می دهد که نمره احساس رنج از بعد رنج روانشناختی در دو گروه آزمایش و کنترل دارای تفاوت معناداری می باشد.

در مرحله دوم به منظور بررسی دو به دوی گروه ها و مشخص کردن محل تفاوت (تفاوت بین گروه ها) از آزمون تعقیبی توکی استفاده گردید که نتایج آن در جدول (۱۱) قابل مشاهده است:

جدول ۱۱. نتایج آزمون تعقیبی توکی

گروه	تفاوت میانگین	sig
گروه آزمایش	۱/۰۸*	۰/۰۰۲
گروه کنترل	-۱/۰۰*	۰/۰۳

مطابق نتایج مندرج در جدول (۱۱) این آزمون تعقیبی توکی فقط معناداری تفاوت میان گروه ها را نشان می دهد و تحمل رنج از بعد رنج روانشناختی تفاوت معنی داری با هم ندارند اما میانگین تحمل رنج بین گروه ها تفاوت معنی داری با هم دارد. نتایج این جدول نشان می دهد که میان گروه آزمایش به میزان ۱/۰۸ با کنترل به میزان ۱/۰۰- تفاوت میانگین وجود دارد.

از آنجا که آزمون تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون تعقیب توکی فقط معناداری تفاوت میان گروه ها را نشان می دهد و مشخص نمی کند که جلسات درمانی روی کدام گروه تأثیر بیشتری داشته است در نتیجه از آزمون t زوجی برای مقایسه نمره پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش و کنترل استفاده گردید که نتایج آن در جدول (۱۲) قابل مشاهده است.

جدول ۱۲. آزمون t زوجی برای مقایسه نمره پیش آزمون و پس آزمون در آزمایش و کنترل

متغیر	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد	t	p-value
گروه آزمایش	پیش آزمون	۱۰/۲۳	۱/۴۹	۰/۳۵	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۹/۴۱	۲/۳۵		
گروه کنترل	پیش آزمون	۹/۷۵	۱/۹۱	۰/۲۴	۰/۰۰۴
	پس آزمون	۹/۷۵	۱/۹۱		

در این مرحله به منظور آزمون فرضیه ها و مشخص کردن تأثیر جلسات درمانی بر روی گروه آزمایش از تحلیل t زوجی به منظور مقایسه نمره پس آزمون با پیش آزمون در گروه ها استفاده گردید. همانگونه که در جدول (۱۲) مشاهده می گردد نمره تحمل رنج از بعد رنج روانشناختی در گروه آزمایش در پیش آزمون ۱۰/۲۳ بوده که در پس آزمون به ۹/۴۱ کاهش یافته است و این افزایش از نظر آماری نیز معنادار می باشد چنانکه سطح معناداری در گروه آزمایش ($p=0/001$) می باشد. لذا با توجه به موارد مذکور فرضیه صفر رد می شود و فرضیه دوم مورد تأیید است.

فرضیه فرعی سوم: گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رنج بیماران افسرده بستری در یک مرکز بهداشتی درمانی از بعد (رنج وجودی) تأثیر معناداری دارد.

جدول ۱۳. تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه نمره تحمل رنج در گروه آزمایش و کنترل

گروه	جمع مجزورات	میانگین مجزورات	F	P
بین گروهی	۶۶/۰۵	۳۳/۰۲	۲۰/۹۱	۰/۰۰
درون گروهی	۵۲/۰۵	۱۵/۹۲		
جمع کل	۱۱۸/۱۰			

در آزمون تحلیل واریانس یک طرفه، اساس معناداری مقدار F می باشد بطوریکه در آن سطح معنی داری F باید از ۰/۰۵ کوچکتر باشد تا بتوان گفت میان گروه ها تفاوت معنادار وجود دارد. در جدول (۱۳) عامل معناداری در واریانس یک طرفه با توجه به مقدار $F=20/91$ در سطح معناداری ۰/۰۰ نشان می دهد که نمره تحمل رنج از بعد رنج وجودی در دو گروه آزمایش و کنترل دارای تفاوت معناداری می باشد.

در مرحله دوم به منظور بررسی دو به دوی گروه ها و مشخص کردن محل تفاوت (تفاوت بین گروه ها) از آزمون تعقیبی توکی استفاده گردید که نتایج آن در جدول (۱۴) قابل مشاهده است:

جدول ۱۴. نتایج آزمون تعقیبی توکی

گروه	تفاوت میانگین	sig
گروه آزمایش	۹/۵۸*	۰/۰۰
گروه کنترل	۱/۰۰*	۰/۰۰۲

مطابق نتایج مندرج در جدول این آزمون تعقیبی گروه ها را به دو دسته تقسیم بندی کرده است. در داخل گروه از نظر تحمل رنج از بعد رنج وجودی تفاوت معنی داری با هم ندارند اما میانگین تحمل رنج بین گروه ها تفاوت معنی داری با هم دارد. نتایج این جدول نشان می دهد که میان گروه آزمایش به میزان ۹/۵۸ با کنترل به میزان ۱/۰۰ تفاوت میانگین وجود دارد. از آنجا که آزمون تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون تعقیب توکی فقط معناداری تفاوت میان گروه ها را نشان می دهد و مشخص نمی کند که جلسات درمانی روی کدام گروه تأثیر بیشتری داشته است در نتیجه از آزمون t زوجی برای مقایسه نمره پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش و کنترل استفاده گردید که نتایج آن در جدول (۱۵) قابل مشاهده است.

جدول ۱۵. آزمون t زوجی برای مقایسه نمره پیش آزمون و پس آزمون در آزمایش و کنترل

متغیر	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد	t	p-value
گروه آزمایش	پیش آزمون	۱۷/۴۱	۲/۶۳	۰/۳۵	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۱۶/۴۱	۶/۱۷		
گروه کنترل	پیش آزمون	۱۶/۵۰	۵/۸۳	۰/۲۴	۰/۰۰۴
	پس آزمون	۱۶/۵۰	۵/۸۳		

در این مرحله به منظور آزمون فرضیه ها و مشخص کردن تأثیر جلسات درمانی بر روی گروه آزمایش از تحلیل t زوجی به منظور مقایسه نمره پس آزمون با پیش آزمون در گروه ها استفاده گردید. همانگونه که در جدول (۱۵) مشاهده می گردد نمره تحمل رنج از بعد رنج وجودی در گروه آزمایش در پیش آزمون ۱۷/۴۱ بوده که در پس آزمون به ۱۶/۴۱ کاهش یافته است و این کاهش از نظر آماری نیز معنادار می باشد چنانکه سطح معناداری در گروه آزمایش ($p=0/001$) می باشد. لذا با توجه به موارد مذکور فرضیه صفر رد می شود و فرضیه سوم مورد تأیید است.

نتیجه گیری

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) از روش های نوین و مؤثر برای بهبود افراد با افسردگی است. این روش اهدافی مانند افزایش انعطاف پذیری، ارتباط بهتر با احساسات و افزایش کیفیت زندگی را برای فرد دنبال می کند. با انجام تمرین ها و تکنیک های ACT، افراد می توانند از الگوهای منفی و خودکورکنی خارج شده و به سمتیک زندگی معنی دار و پر از رضایت حرکت کنند. این روش به عنوان یکی از رویکردهای مؤثر در کاهش علائم افسردگی شناخته شده است و می تواند بهبود قابل ملاحظه ای در وضعیت روحی و روانی افراد داشته باشد (زارع زاده و همکاران، ۱۴۰۰). در واقع جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک روش مؤثر برای کاهش رنج افسردگی است. این روش متمرکز بر افزایش آگاهی از احساسات و افکار خود، پذیرش احساسات منفی و تعهد به اقدامات مؤثر برای تغییر وضعیت فعلی است (ویل و همکاران، ۲۰۲۱). در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افراد آموزش هایی دریافت می کنند که به آن ها کمک می کند تا احساسات منفی خود را بپذیرند و به جای تلاش برای جلوگیری یا پنهان کردن آن ها، به آن ها توجه کنند و با آن ها همراه باشند. این رویکرد به افراد کمک می کند تا بهترین تصمیم ها را در شرایط مختلف بگیرند و از طریق انجام اقدامات موسع و مناسب، بهبود وضعیت خود را تجربه کنند (ای-تیک و همکاران، ۲۰۲۳). تحقیقات نشان داده است که جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند بهبود قابل ملاحظه ای

در بالا بردن تحمل رنج حاصل از افسردگی ایجاد کند. افرادی که از این روش درمانی استفاده کنند، بهبود قابل توجهی در میزان افسردگی و بهبود و کاهش رنج خود تجربه می‌کنند و دوباره قدرتمندتر و مثبت‌تر به زندگی خود بازمی‌گردند (ویل و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین، می‌توان گفت که جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک روش موثر برای کاهش افسردگی و بهبود روانی افراد مورد تأیید است و می‌تواند بهبود قابل توجهی در زندگی آن‌ها ایجاد کند. علاوه بر این نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رنج بیماران افسرده، به عنوان یک روش موثر در کاهش رنج این افراد شناخته شده است. این درمان به عنوان یک رویکرد مبتنی بر ذهنیت فعال، بدون دخالت مستقیم در تغییر فکرها و احساسات، بلکه با تمرکز بر پذیرش احساسات و تعهد به ارزشها و اهداف زندگی، به کاهش رنج و احساسات نامطلوب بیماران کمک می‌کند. به علاوه، این درمان تأثیر مثبتی بر کاهش رنج جسمانی بیماران افسرده دارد، زیرا از طریق افزایش هوشیاری و حضور ذهنی، توانایی مدیریت و کاهش علائم جسمی را نیز افزایش می‌دهد. به طور کلی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود روانی و جسمانی بیماران افسرده می‌شود و زندگی بهتری برای آنها فراهم می‌کند. از بعد روانشناختی نیز مشاهده شد که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد افسرده به آنها کمک می‌کند تا به تجربه‌ها و احساسات منفی خود پذیرش دهند و به جای مقابله و مبارزه با آن، با آن‌ها همراهی کنند (فرخزادیان و همکاران، ۱۳۹۸). در واقع گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد معمولاً با استفاده از تکنیک‌های مختلفی از جمل پذیرش حالت ذهنی، آگاهی از احساسات و تفکرات، و تمرکز بر ارزشها و اهداف زندگی، به بیماران افسرده کمک می‌کند تا ارتباط نزدیک‌تری با تجربه رنج خود برقرار کنند و آن را پذیرفته و تحمل کنند. این روکرد معمولاً باعث کاهش رنج و افزایش کیفیت زندگی افراد می‌شود و می‌تواند بهبودهای معناداری در افسرده‌ها ایجاد کند (عزیزی و همکاران، ۱۴۰۳). زیرا باعث می‌شود که افراد بیشتر بر احساساتشان کنترل داشته و آن را درک و شناسایی کنند و در عین حال به اقداماتی که برای بهبود وضعیت خود انجام می‌دهند، متعهد شوند. این رویکرد می‌تواند به ارتقای روحیه و کاهش سطح افسردگی افراد کمک کند و باعث بهبود کیفیت زندگی آنها شود. همچنین از نظر رنج وجودی نیز مشخص گردید که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رنج بیماران افسرده به آنها کمک می‌کند تا رنج وجودی خود را که از اثرات بیماری افسردگی نشأت می‌گیرد، به بهبود برسانند. این گروه‌ها افراد را به قبول کردن احساسات و افکار منفی‌شان و به جای مبارزه با آن‌ها، توجه به اعمال و ارزش‌های خود هدایت می‌کنند. از طریق این رویکرد، افراد می‌توانند با ایجاد تغییرات معنادار در زندگی‌شان، به تجربه رضایت و خوشبختی بیشتری دست یابند.

منابع

۱. حسین لو عقیل، پورنقاش تهرانی سیدسعید، جعفری روشن فریبا، چهره سا علیرضا، دارابی مجید. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر علائم افسردگی و نشخوار فکری زنان، پس از خیانت همسر مجله علوم روانشناختی ۲۰ (۱۰۳)، ۹۹۹-۱۰۱۴.
۲. زارع زاده، رسول، علیوندی وفا، مرضیه، طباطبائی، سید محمود، & اقدسی، علی نقی. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و امید به زندگی بیماران پیوند کبدی. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۶ (۶۲)، ۱۰۹-۱۲۲.
۳. عزیزی، ه. (۱۴۰۳). برری تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری کبدی. مجله کبد، ۱۳.
۴. فرخزادیان، علی‌اصغر، عندلیب، لیلا، & یوسفوند، مهدی. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی در افراد مبتلا به سرطان. روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۷ (۱)، ۴۵-۵۲.
۵. گلستانی فرسروش، دشت‌بزرگی زهرا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و بهزیستی درمانی بر امید به زندگی و سلامت روان‌شناختی در بیماران افسرده غیربستری سالمند. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. ۲۰ (۳)، ۳۱۲-۲۹۷.

۶. نظری، حسن. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان دانشجویان افسرده. هفتمین همایش ملی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی ایران، ۸-۱.

7. Candilis, P. J., & Callahan, J. L. (2020). Acceptance and Commitment Therapy for Depression: A Transdiagnostic Cognitive Behavioral Intervention. *Journal of Psychiatric Practice*, 26(1), 82-88.
8. A-Tjak, J. G. (2023). Acceptance and Commitment Therapy for Depression. Wiley, 256
9. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2022). .Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change . Guilford Press 304
10. Harte S.C., & Hofmann, S.G. (2013). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*.
11. Kalman, C. (2021). Acceptance and Commitment Therapy for Depression: A Review of Current Evidence and Future Directions. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 51(1), 23-32.
12. Veale, D. M., & Sahyoun, N. R. (2021). Acceptance and Commitment Therapy for Depression: A Practitioner's Guide to Using Mindfulness, Acceptance, and Values-Based Behavior Change Strategies. New York: Guilford Press.

Studying the effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on the suffering of depressed patients admitted to the center

Leila Kolivand

Master's degree student in Clinical Psychology, Naser Khosrow Institute of Higher Education, Saveh, Iran

Abstract

In this research, the effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on the suffering of depressed patients admitted to the center was investigated. As a result, the current research is applied in terms of purpose and descriptive in terms of method, it is of causal-comparative type with a pre-test-post-test design with a control group and it was made from library sources and a questionnaire in order to collect information in it. was used The statistical population in this research is all depressed patients hospitalized in Mehrvarzan Saba Gostar Center located in Karaj city of Alborz province in the summer of 1403. 30 of them were selected based on Delaware's research method (2015) and by random sampling and they were asked to answer the questions given to them accurately. The results of the findings showed that the use of group therapy based on acceptance and commitment has a significant and positive effect on improving the level of depression in this group of people.

Keywords: depression, therapy based on acceptance and commitment
