

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

\*Nabizadeh H<sup>1</sup>, Mirzamani SM<sup>2</sup>

## Author Address

1. MA in Psychometric (Measurement & Measurement), Islamic Azad University, Tehran Branch, Tehran, Iran;

2. Professor, Department of Clinical Psychology, Yazd University of Science and Art, Yazd, Iran.

\*Corresponding Author E-mail: [hodanabizadeh@gmail.com](mailto:hodanabizadeh@gmail.com)

Received: 2020 June 15; Accepted: 2020 July 4

## Abstract

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

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

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

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

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

## تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بازداری شناختی و تحمل پریشانی دانش‌آموزان افسرده دختر مقطع متوسطه دوم

\*هدی نبی‌زاده<sup>۱</sup>، سید محمود میرزمانی<sup>۲</sup>

توضیحات نویسندگان

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

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

\*وابانامه نویسنده مسئول: [hodanabizadeh@gmail.com](mailto:hodanabizadeh@gmail.com)

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

### چکیده

**زمینه و هدف:** اختلال افسردگی از اختلالات شایع و مخرب روانی در جامعه و به‌ویژه دانش‌آموزان محسوب می‌شود؛ از این رو هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بازداری شناختی و تحمل پریشانی دانش‌آموزان افسرده دختر مقطع متوسطه دوم بود.

**روش‌بررسی:** روش مطالعه حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری را تمامی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم مبتلا به افسردگی در شش ماه نخست سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند که برای درمان به کلینیک خدمات روان‌شناختی منطقه چهار تهران (راه برتر) مراجعه کردند. نمونه آماری شامل سی نفر بود که افراد واجد شرایط داوطلب به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش به‌مدت هشت جلسه نوددقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و همکاران (۲۰۱۲) را دریافت کرد؛ اما برای گروه گواه هیچ نوع مداخله‌ای ارائه نشد. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه بالینی ساختاریافته (لوپستال و همکاران، ۲۰۱۱)، پرسش‌نامه افسردگی بک-ویرایش دوم (بک و همکاران، ۱۹۹۶)، مقیاس تحمل پریشانی (سیمون و گاهر، ۲۰۰۵) و پرسش‌نامه بازداری خرس سفید (وگنر و زناکوز، ۱۹۹۴) استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های دو، تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تک‌متغیری در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ در سطح معناداری  $\alpha=0/05$  صورت گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معناداری موجب کاهش بازداری شناختی ( $p<0/001$ ) و افزایش مؤلفه‌های متغیر تحمل پریشانی شامل تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم ( $p<0/001$ ) در دانش‌آموزان افسرده در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه شد. همچنین اندازه اثر نشان‌دهنده میزان تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش متغیر بازداری شناختی (۰/۴۲۸) و افزایش مؤلفه‌های متغیر تحمل پریشانی دانش‌آموزان دبیرستانی مبتلا به افسردگی شامل تحمل (۰/۳۹۶)، جذب (۰/۳۲۶)، ارزیابی (۰/۲۶۷) و تنظیم (۰/۲۲۹) بود.

**نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌ها نتیجه‌گیری می‌شود، تمرین‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب ارتقای وضعیت روان‌شناختی دانش‌آموزان افسرده می‌شود.  
**کلیدواژه‌ها:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بازداری شناختی، تحمل پریشانی، افسردگی.

غیرارادی را در پی دارد و این مسئله زمینه‌ساز بروز رفتار بزهکارانه در نوجوانان است (۱۴).

ازطرفی یکی از توانایی‌هایی که در دوره نوجوانی بسیار به آن توجه می‌شود، توانایی تحمل پریشانی<sup>۳</sup> است. تحمل پریشانی به‌عنوان توانایی برای تحمل حالت‌های فیزیولوژیک آزاردهنده تعریف می‌شود (۱۵). به عبارتی دیگر تحمل پریشانی را توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی تعریف کرده‌اند (۱۶). مطالعه بارتون و همکاران نشان داد، تحمل پریشانی پاسخ‌های گوناگون افراد را در برابر موقعیت متنوع تحت تأثیر قرار می‌دهد و با مهار عواطف، هیجانات و احساسات زمینه بهبود عملکرد آنان را فراهم می‌کند (۱۷).

گسترده‌ترین مسئله افسردگی باعث شده است که شیوه‌های درمانی متعددی اعم از دارودرمانی و روان‌درمانی برای آن ارائه و بررسی شود. هرچند پژوهش‌ها از اثربخشی درمان‌های موجود حمایت می‌کند، این اثربخشی، نسبی است و هنوز هیچ درمانی وجود ندارد که بتوان آن را راه‌حلی قطعی برای مشکل افسردگی دانست (۱۸). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۴</sup> از رویکردهای درمانی نوین به‌شمار می‌رود که اثربخشی آن بر افسردگی بسیار امیدوارکننده است (۱۹، ۲۰).

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

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

افسردگی<sup>۱</sup> از اختلالات روانی بسیار شایع به‌شمار می‌رود که شیوع رو به رشد آن به نگرانی جهانی تبدیل شده است (۱). پژوهشگران علوم بهداشت روانی رفتاری اتفاق نظر دارند که افسردگی بیماری روانی شایع‌تر و اساسی‌تر در دو دهه اخیر است و برطبق آمارهای بین‌المللی حدود ۱۵ درصد از افراد سنین ۱۵ تا ۷۴ سال که به پزشکان مراجعه می‌کنند، دارای علائم بارز افسردگی هستند (۲، ۳). ویژگی‌های اصلی اختلال افسردگی شامل یک دوره حداقل دو هفته‌ای است که در آن تمام فعالیت‌ها با خلق و خوی افسرده یا بی‌علاقه یا لذت‌نبردن وجود دارد. همچنین فرد باید دست‌کم چهار علامت دیگر را از جمله تغییر در اشتها یا وزن، خواب و فعالیت ذهنی، کاهش نیرو، احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه، مشکل در تفکر، تمرکز و تصمیم‌گیری و تکرار افکار درباره مرگ و خودکشی، داشته باشد (۴). شیوع افسردگی در طول عمر ۲۰/۸ درصد و در طول یک سال ۹/۵ درصد تخمین زده شده است (۵). افسردگی در کودکان و دانش‌آموزان از موضوعات مهم در گستره علم روان‌شناختی است (۶). پژوهش‌ها نشان داد، بیش از ۲۰ درصد از دانش‌آموزان تا هیجده‌سالگی حداقل یک‌بار به افسردگی بالینی دچار می‌شوند (۷). افسردگی در دانش‌آموزان با مشکلاتی همچون ضعف مهارت‌های اجتماعی، اضطراب اجتماعی و اضطراب شدید، استفاده از مواد مخدر و الکل، مشارکت‌نداشتن کافی در فعالیت‌های خشنودکننده و شادی‌آور، افکار خودکشی‌گرایانه، مشکلات عصبی، مواجه‌شدن با وقایع تنش‌زا، مشکلات بین‌فردی، اختلال رفتار هنجاری و اختلال‌های خوردن در دختران نوجوان همراه است (۸)؛ به‌طور کلی افسردگی می‌تواند منجر به موفق‌نبودن تحصیلی و اختلال در عملکرد تحصیلی، شغلی، خانوادگی و اجتماعی شود که به‌طور مستقیم و غیرمستقیم هزینه‌های درخور توجهی را به جامعه تحمیل می‌کند (۹)؛ بنابراین افسردگی مسئله‌ای است که مشکلات زیادی را در دانش‌آموزان به‌وجود می‌آورد و این مشکلات باعث جلوگیری از رشد استعدادهای آن‌ها می‌شود (۱۰).

یکی از نظریه‌هایی که به تبیین آسیب‌شناسی روانی افسردگی پرداخته است، رویکرد شناختی است. رویکردهای شناختی بر این نظر مبتنی است که طیفی از فرایندهای شناختی بهنجار و نابهنجار در رویارویی با موقعیت و وضعیت مشخص وجود دارد (۱۱). به‌نظر می‌رسد در میان مؤلفه‌های شناختی افسردگی، بازداری شناختی<sup>۲</sup> دارای سهم درخور توجهی است. بازداری به توانایی شخص در ممانعت از پاسخ‌های نامربوط گفته می‌شود (۱۲). بازداری شناختی به‌صورت پردازشی فعال تعریف می‌شود که از ورود محرک‌های ناخواسته درونی و بیرونی به سیستم پردازش اطلاعات جلوگیری می‌کند. هسته عملیات کارآمد حافظه کاری، نوعی مکانیزم بازداری به‌شمار می‌رود که کارکرد آن محدودکردن ورود اطلاعات قرارگرفته در آستانه ورود به آگاهی، به داخل حافظه کاری است (۱۳). لورنس و همکاران در پژوهش خود بیان کردند، نارسایی در بازداری به کنترل‌نشدن افکار، اعمال و هیجانات منتهی می‌شود و بروز رفتارهای تکانشی ناسازگارانه و

<sup>3</sup>. Distress tolerance

<sup>4</sup>. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

<sup>1</sup>. Depression

<sup>2</sup>. Cognitive inhibition

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

## ۲ روش بررسی

روش مطالعه حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری را تمامی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم مبتلا به افسردگی در شش ماه نخست سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند که برای درمان به کلینیک خدمات روان‌شناختی منطقه چهار تهران (راه برتر) مراجعه کردند. حداقل نمونه در طرح‌های آزمایشی سی نفر کفایت می‌کند (۳۲) و نمونه آماری این پژوهش شامل سی نفر بود. افراد واجد شرایط داوطلب (بر اساس مصاحبهٔ تشخیصی (۳۳) و نمرهٔ برش پرسش‌نامهٔ افسردگی بک-ویراست دوم (۳۴)) انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی ساده در گروه آزمایش و گروه گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود نمونه به پژوهش عبارت بود از: قرارگرفتن در دامنهٔ سنی ۱۴ تا ۱۷ سال؛ تشخیص اختلال افسردگی از طریق مصاحبهٔ تشخیصی؛ کسب نمرهٔ بیشتر از ۱۹ در نمرهٔ پرسش‌نامهٔ افسردگی بک؛ مبتلا نبودن به بیماری‌های حاد پزشکی و آسیب مغزی، غیبت نکردن در جلسات آموزشی. ملاک‌های خروج نمونه از پژوهش، شرکت نکردن در هشت جلسه آموزش، نداشتن رضایت آگاهانه بود. در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط از جمله محرمانه بودن پرسش‌نامه‌ها، رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از پژوهش رعایت شد. همچنین به‌دلیل رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از پایان جلسات آموزشی، جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز برای گروه گواه برگزار شد.

برای گردآوری داده‌ها ابزارها و جلسات درمانی زیر به‌کار رفت.

– مصاحبه بالینی ساختاریافته<sup>۱</sup>: مصاحبه بالینی ساختاریافته ابزاری انعطاف‌پذیر است که توسط لوبستال و همکاران در سال ۲۰۱۱ تهیه شد (۳۳). پرهون و همکاران ضریب توافق کامل در ارزیابی را با استفاده از نوار صوتی برای ارزیابی دوم دربارهٔ مصاحبه بالینی

ساختاریافته برای ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۲</sup> گزارش دادند (۳۵). شریفی و همکاران این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، روی نمونهٔ ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی نیز کاپای بیشتر از ۶۰ بود. روایی محتوایی و صوری نسخهٔ ایرانی توسط سه تن از اساتید روان‌شناسی بالینی به تأیید رسید و پایایی آن با آزمون-آزمون مجدد در طی یک هفته ۰/۹۵ گزارش شد (۳۶).

– پرسش‌نامهٔ افسردگی بک-ویراست دوم<sup>۳</sup>: برای سنجش افسردگی از دومین نسخهٔ تجدیدنظرشدهٔ پرسش‌نامهٔ افسردگی بک ارائه‌شده توسط بک و همکاران در سال ۱۹۹۶، با ۲۱ سؤال با مقیاس پاسخ‌گویی صفر تا ۳، استفاده شد (۳۴). دامنهٔ نمرات بین صفر تا ۶۳ قرار دارد که سطح افسردگی را طبقه‌بندی می‌کند و نمرهٔ صفر تا ۹ نشانهٔ بهنجاری بودن، نمرهٔ ۱۰ تا ۱۹ نشانهٔ افسردگی خفیف، نمرهٔ ۲۰ تا ۲۹ نشانهٔ افسردگی متوسط و نمرهٔ بیشتر از ۳۰ نشانهٔ افسردگی شدید است (۳۴). بک و همکاران اعتبار این پرسش‌نامه را ۰/۹۶ با ضریب آلفا ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا را برای گروه بیمار ۰/۸۶ و برای گروه غیربیمار ۰/۸۱ به‌دست آوردند (۳۴). در ایران استفان-دابسون و همکاران ضریب آلفای ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصلهٔ یک هفته را ۰/۹۳ گزارش کردند. همچنین نتایج حاصل از تحلیل عاملی، سنجش اعتبار و روایی پرسش‌نامهٔ افسردگی بک-ویراست دوم حکایت از کارایی آن داشت (۳۷).

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

– پرسش‌نامهٔ بازداری خرس سفید<sup>۵</sup>: این پرسش‌نامهٔ پانزده‌آیتمی برای ارزیابی بازداری افکار توسط وگنر و زناکوز در سال ۱۹۹۴ تهیه شد (۴۰). این پرسش‌نامه بر مقیاس پنج‌درجه‌ای به‌شدت مخالفم (۱) تا

4. Distress Tolerance Scale

5. White Bear Suppression Inventory (WBSI)

1. Structured Clinical Interview

2. Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)

3. Beck Depression Inventory-II

به شدت موافقم (۵) نمره گذاری می شود؛ از این رو دامنه بین ۱۵ تا ۷۵ قرار می گیرد و نمره بیشتر نشان دهنده افکار بازدارنده بیشتر است (۴۰). وگنر و زناکوز در پژوهشی همسانی درونی بسیار مناسبی (از ۰/۸۷ تا ۰/۸۹) را برای پرسش نامه گزارش کردند. همچنین در تحقیق وگنر و زناکوز، همبستگی معنادار پرسش نامه بازداری خرس سفید با پرسش نامه افسردگی بک، پرسش نامه وسواس فکری عملی مادزلی<sup>۱</sup> و پرسش نامه اضطراب حالت-صفت<sup>۲</sup> نشان دهنده روایی همگرای مناسب این ابزار بود (۴۰). اعتبار این پرسش نامه در مطالعه ساعد و همکاران به دو روش همسانی درونی و بازآزمایی بررسی شد. ضریب آلفای کرونباخ در نمونه وابسته به مواد ۰/۱۸۷، در نمونه غیربالینی ۰/۹۰، در کل نمونه ۰/۸۹ و ضریب اعتبار بازآزمایی آن در نمونه بالینی ۰/۵۳ بود (۴۱).

جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: پس از تعیین و تخصیص تصادفی افراد به گروه های مطالعه، همه شرکت کنندگان به ابزارهای ارزیابی کننده متغیرهای تحمل پریشانی و بازداری شناختی (پیش آزمون) پاسخ دادند. سپس پروتکل جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و همکاران (۴۲) توسط محقق طی هفت جلسه درمانی نود دقیقه ای و در هفته یک جلسه برای گروه آزمایش برگزار شد؛ اما گروه گواه هیچ مداخله ای دریافت نکرد. سپس از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد. خلاصه جلسات درمانی مطابق جدول ۱ است.

جدول ۱. خلاصه جلسات گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	عناوین جلسات	تمرین
اول	معرفی درمانگر و آشنایی اولیه با مراجعان، برقراری رابطه مناسب به منظور پرکردن صحیح پرسش نامه ها و ایجاد اعتماد، دادن معرفی نامه برای انجام آزمایش چربی خون	آشنایی اعضای گروه به یکدیگر، معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بیان اهداف جلسات درمانی، انتظارات اعضا از درمان، شرح اصول اخلاقی و رازداری، اخذ رضایت نامه کتبی شرکت در پژوهش، ارائه اطلاعات درباره دیابت و انواع آن، اهمیت داشتن سبک زندگی سالم از قبیل رژیم غذایی، فعالیت بدنی و سایر مراقبت ها
دوم	شناسایی و شفاف سازی ارزش ها و تفاوت آن با اهداف، اینکه می خواهیم رفتار مداوم خود را بر چه مبنایی قرار دهیم با هدف رسیدن به زندگی ارزشمند و توجه آگاه	حلقه هدف، استعاره قطب نما، جشن تولد هشتادسالگی
سوم	تعریف پذیرش و تفاوت آن با سایر مفاهیم، توضیح درباره اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، شناسایی و شفاف سازی ارزش ها، با هدف کشف موقعیت های اجتناب شده و تماس با آن از طریق پذیرش	انتخاب احساس، استعاره دیوها در قایق، کلید کشمکش
چهارم	معرفی و تفهیم هم جوشی با افکار و تأثیر آن روی احساس، رفتار و تصمیم ما، اهمیت هم جوشی زدایی، هدف کسب انعطاف پذیری و توجه آگاهی و نه خلاص شدن از افکار ناخواسته	دست ها استعاره ای برای افکار، مرزه هم جوشی زدایی، برگ های رودخانه
پنجم	بودن در اینجا و اکنون و رویارویی با افکار در رویکرد حضور ذهن، افزایش آگاهی هشیارانه از تجربیاتمان در زمان حال، هدف تنظیم رفتار و انتخاب های عاقلانه و زندگی جهت دار	تنفس توجه آگاهانه، توجه آگاهی به دستان، خوردن توجه آگاهانه یک کشمش
ششم	تضعیف خود مفهومی شده، توضیح خود به عنوان زمینه به منزله منظری برای توجه به افکار و احساسات و مشاهده آن ها بدون قضاوت، هدف توجه به فکر و احساس بدون گرفتار شدن در آن ها و آگاهی داشتن از احوال خود، ذهن آگاهی	استعاره آسمان و آب و هوا، صفحه شطرنج
هفتم	عمل متعهدانه و آنچه لازم است انجام دهند، تعیین ارزش ها و توجه به قدرت انتخاب، استفاده از ذهن آگاهی برای بودن در زمان حال و در نهایت رفتارهایی که قصد دارند برای تحقق اهداف انجام دهند. بازنگری مطالب، نگاه رو به جلو، حضور ذهن روزانه، شناسایی طرح های عمل مطابق با ارزش ها و ایجاد تعهد به منظور عمل به آن، پرداختن به نگرانی های پس از خاتمه درمان، جمع بندی و اختتامیه، اجرای پس آزمون	تعیین اهداف، قدم کوچک، موانع عمل، تمرین واری بدن و بازنگری تکالیف، توجه آگاهی در برنامه های روزمره

کوواریانس متغیرهای وابسته و آزمون خی دو بارتلت برای بررسی کرویت) تحلیل داده ها از طریق تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تک متغیری در نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد. سطح معناداری آزمون ها  $\alpha = 0/05$  در نظر گرفته شد.

### ۳ یافته ها

بر اساس یافته های توصیفی در گروه گواه تعداد ۳ نفر در پایه دهم

به منظور تجزیه و تحلیل آماری داده ها، از شاخص های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) به کار رفت. در سطح آمار استنباطی از آزمون خی دو برای مقایسه توزیع متغیر پایه تحصیلی در دو گروه استفاده شد. همچنین در سطح آمار استنباطی، با رعایت پیش فرض های آماری (آزمون شاپیرو-ویلک برای ارزیابی نرمال بودن توزیع متغیرها، بررسی همگنی شیب رگرسیون، آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته، آزمون ام باکس برای بررسی برابری ماتریس

<sup>2</sup>. State-Trait Anxiety Questionnaire

<sup>1</sup>. Moudsley Obsessive Compulsive Inventory

( $p > 0/05$ ) نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها مشخص کرد، واریانس متغیرهای وابسته یکسان بود ( $p > 0/05$ ). نتایج آزمون ام‌باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گروه گواه نشان داد، ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر بود ( $p > 0/05$ ). نتایج آزمون خی‌دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معناداری رابطه بین متغیرها مشخص کرد، رابطه بین این متغیرها معنادار بود ( $p < 0/05$ ). پس از بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نتایج آزمون نشان داد، بین دو گروه در مؤلفه‌های متغیر تحمل پریشانی تفاوت معناداری وجود داشت ( $p < 0/001$ , Wilks Lambda =  $0/242$ ). در جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری ارائه شده است.

(۲۰ درصد)، ۶ نفر پایه یازدهم (۴۰ درصد) و ۶ نفر در پایه دوازدهم (۴۰ درصد) و در گروه آزمایش تعداد ۴ نفر در پایه دهم (۲۷ درصد)، ۶ نفر در پایه یازدهم (۴۰ درصد) و ۵ نفر در پایه دوازدهم (۳۳ درصد) بودند. طبق نتایج آزمون خی‌دو، از لحاظ توزیع متغیر پایه تحصیلی در دو گروه تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ( $p = 0/326$ ). قبل از اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیری مفروضه‌های آن بررسی شد. در آزمون شاپیرو-ویلک مقدار احتمال محاسبه شده برای مؤلفه‌های متغیر بازداری شناختی و تحمل پریشانی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه گواه و گروه آزمایش فرض نرمالیتی رد نشد ( $p > 0/05$ ). نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون بازداری شناختی و تحمل پریشانی در گروه آزمایش و گروه گواه نشان داد، فرض همسانی شیب رگرسیونی رد نشد.

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

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسه پس‌آزمون
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
تحمل	آزمایش	۸/۲۶	۲/۷۱	۱۱/۱۳	۲/۷۷	مقدار $F$ ۴۲/۵۲۰ مقدار $p$ $< 0/001$ اندازه اثر ۰/۳۹۶
	گواه	۸/۶۷	۳/۳۵	۹/۳۳	۳/۱۳	
جذب	آزمایش	۷/۹۳	۲/۴۳	۱۱/۲۰	۲/۳۳	مقدار $F$ ۲۳/۹۹۴ مقدار $p$ $< 0/001$ اندازه اثر ۰/۳۲۶
	گواه	۸/۶۰	۱/۹۹	۹/۰۶	۲/۱۲	
ارزیابی	آزمایش	۱۵	۴/۹۶	۱۸/۴۰	۴/۴۰	مقدار $F$ ۲۲/۱۲۲ مقدار $p$ $< 0/001$ اندازه اثر ۰/۲۶۷
	گواه	۱۶/۱۳	۴/۴۳	۱۶/۹۳	۴/۴۳	
تنظیم	آزمایش	۷/۸۰	۲/۶۲	۱۰/۸۰	۲/۴۲	مقدار $F$ ۱۸/۸۴۴ مقدار $p$ $< 0/001$ اندازه اثر ۰/۲۲۹
	گواه	۷/۴۶	۲/۲۶	۸/۰۷	۲/۹۸	
بازداری شناختی	آزمایش	۲۴/۴۰	۹/۳۲	۲۱/۳۳	۹/۱۷	مقدار $F$ ۵۴/۵۹۶ مقدار $p$ $< 0/001$ اندازه اثر ۰/۴۲۸
	گواه	۲۳/۵۳	۱۰/۱۹	۲۲/۹۳	۱۰/۲۸	

باتوجه به جدول ۲، مقدار احتمال برای مؤلفه‌های متغیر تحمل پریشانی و متغیر بازداری شناختی ( $p < 0/001$ ) بود. یافته‌ها نشان داد، بین گروه‌ها در این متغیرها تفاوت معناداری وجود داشت. نتایج بررسی میانگین‌ها مشخص کرد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مؤثر است و موجب کاهش نمرات بازداری شناختی و افزایش تحمل پریشانی می‌شود. همچنین اندازه اثر در جدول ۲ نشان‌دهنده میزان تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش متغیر بازداری شناختی (۰/۴۲۸) و افزایش مؤلفه‌های متغیر تحمل پریشانی دانش‌آموزان دبیرستانی مبتلا به افسردگی شامل تحمل (۰/۳۹۶)، جذب (۰/۳۲۶)، ارزیابی (۰/۲۶۷) و تنظیم (۰/۲۲۹) بود و براساس شاخص اندازه اثر به‌دست‌آمده برای مؤلفه‌های متغیرهای پژوهش، مقادیر اندازه اثر حاصل در سطح قوی قرار داشت.

#### ۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بازداری شناختی و تحمل پریشانی دانش‌آموزان افسرده دختر مقطع متوسطه دوم انجام شد. اولین یافته پژوهش نشان داد، بین گروه آزمایش و گروه گواه، در نمرات مربوط به هریک از مؤلفه‌های متغیر تحمل

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افکار ناکارآمد و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به ام‌اس مؤثر است (۲۸). در تبیین یافته مذکور پژوهش حاضر می‌توان گفت، یکی از فرایندهایی که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به آن توجه می‌شود، فرایند عمل متعهدانه است. در این درمان، ترغیب افراد به روشن‌کردن ارزش‌ها،

رفتاری و فعال‌سازی رفتاری مردان سوء‌مصرف‌کننده مواد اثربخش است (۲۵). نتایج مطالعه‌ی عباسی و همکاران مشخص کرد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث ارتقای کارکردهای شناختی‌هیجانی جانبازان می‌شود (۲۶).

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

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

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

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

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

دیگر یافته‌ی پژوهش حاضر نشان داد، بین گروه آزمایش و گروه گواه در نمرات مربوط به بازداری شناختی، در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت. با توجه به کم‌تر بودن میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحله‌ی پس‌آزمون، چنین نتیجه می‌شود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مؤثر است و سبب کاهش بازداری شناختی دانش‌آموزان افسرده می‌شود. تا آنجاکه محقق بررسی کرد، در زمینه‌ی نتیجه‌ی به‌دست‌آمده مطالعه‌ای به‌صورت مستقیم در جامعه‌ی هدف، انجام نشده است؛ اما با پژوهش‌های مشابه در این زمینه همسوست. پژوهش حاجی اقراری و همکاران در زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر بیانگر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش بازداری رفتاری و اجتناب شناختی رفتاری زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود (۲۴). پژوهش امیریان و همکاران نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بازداری

## ۷ بیانیه‌ها

### تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط از جمله محرمانه‌بودن پرسش‌نامه‌ها، رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از پژوهش رعایت شد. همچنین به دلیل رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از پایان جلسات آموزشی، جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای گروه گواه برگزار شد.

### رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

### تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

### منابع مالی

این پژوهش حاصل طرح پژوهشی مستقلی بوده که بدون حمایت مالی سازمان خاصی صورت گرفته است. همچنین مجوز اجرای آن با شماره ۱۰/۰۳۲ از مرکز خدمات مشاوره و روان‌شناسی راه برتر به تاریخ ۳۱ فروردین ۱۳۹۹ صادر شده است.

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

## ۵ نتیجه‌گیری

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

## ۶ تشکر و قدردانی

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

## References

- Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Luján L, Fernández A, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45:201-10. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0056-y>
- Mohabbat Bahar S, Moradi Joo M, Raygani Sm, Mashhadi A, Bigdeli I. Effectiveness of repetitive transcranial magnetic stimulation on working memory of patients with treatment-resistant major depression disorder. *Research in Medicine*. 2017;41(2):77-85. [Persian] <http://pejouhesh.sbmu.ac.ir/article-1-1667-en.html>
- Button K, Kounali D, Thomas L, Wiles NJ, Peters TJ, Welton NJ, et al. Minimal clinically important difference on the Beck Depression Inventory-II according to the patient's perspective. *Psychol Med*. 2015;45(15):3269-79. doi:10.1017/S0033291715001270
- Gayathri D, Rashmi BS. Mechanism of development of depression and probiotics as adjuvant therapy for its prevention and management. *Mental Health & Prevention*. 2017;5:40-51. doi:10.1016/j.mhp.2017.01.003
- Barlow DH. *Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual*. 5<sup>th</sup> edition. New York: Guilford Press; 2014.
- Gholamrezaei S, Yousefvand M, Ghazanfari F, Farokhzadian AA. The effectiveness of meta cognitive therapy in meta cognitive beliefs change and body image concern (BICI) of depressed female high school. *Journal of Instruction & Evaluation*. 2018;10(40):105-27. [Persian] [http://jinev.iaut.ac.ir/article\\_538062.html?lang=en](http://jinev.iaut.ac.ir/article_538062.html?lang=en)
- Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2016;316(21):2214-36. doi:10.1001/jama.2016.17324
- Saleh J, Mahmoudi O, Paydar M. Efficacy of cognitive-behavioral therapy on the reduction of depression among students. *Journal of Child Mental Health*. 2015;2(1):83-8. [Persian] <http://childmentalhealth.ir/article-1-34-en.html>
- Jalilian F, Emdadi S, Karimi M, Barati M, Gharibnavaz H. Depression among college students the role of general self-efficacy and perceived social support. *Avicenna J Clin Med*. 2012;18(4):60-6. [Persian] <http://sjh.umsha.ac.ir/article-1-215-en.html>
- Atadokht A, Daneshvar S, Fathi Gilarlou M, Soleymany I. The psychological distress profile of mothers and adolescents' depression, anxiety and stress in Ardabil in 2014. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2015;14(7):549-60. [Persian] <http://journal.rums.ac.ir/article-1-2510-en.html>
- Golzar HR, Aflakseir A, Molazadeh J. Structural equation modeling of dysfunctional attitudes and depression symptoms: investigation of the mediational role of ruminative response style. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 2017;22(4):318-29. [Persian] doi:10.18869/nirp.ijpcp.22.4.318
- López-Caneda E, Rodríguez Holguín S, Cadaveira F, Corral M, Doallo S. Impact of alcohol use on inhibitory control (and vice versa) during adolescence and young adulthood: a review. *Alcohol and Alcoholism*. 2014;49(2):173-81. doi:10.1093/alcalc/agt168
- Tomlinson A, Grayson B, Marsh S, Hayward A, Marshall KM, Neill JC. Putative therapeutic targets for symptom subtypes of adult ADHD: D4 receptor agonism and COMT inhibition improve attention and response inhibition in a novel translational animal model. *European Neuropsychopharmacology*. 2015;25(4):454-67. doi:10.1016/j.euroneuro.2014.11.016
- Lawrence AJ, Luty J, Bogdan NA, Sahakian BJ, Clark L. Impulsivity and response inhibition in alcohol dependence and problem gambling. *Psychopharmacology*. 2009;207(1):163-72. doi:10.1007/s00213-009-1645-x
- MacKillop J, De Wit H. *The Wiley-Blackwell handbook of addiction psychopharmacology*. Oxford, UK: John Wiley & Sons; 2013. doi:10.1002/9781118384404



16. Simons RM, Sistas RE, Simons JS, Hansen J. The role of distress tolerance in the relationship between cognitive schemas and alcohol problems among college students. *Addictive Behaviors*. 2018;78:1–8. doi:[10.1016/j.addbeh.2017.10.020](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.10.020)
17. Bartone PT, Hystad SW, Eid J, Brevik JI. Psychological hardiness and coping style as risk/resilience factors for alcohol abuse. *Military Medicine*. 2012;177(5):517–24. doi:[10.7205/MILMED-D-11-00200](https://doi.org/10.7205/MILMED-D-11-00200)
18. Chew CE. The effects of dialectical behavioral therapy on moderately depressed adults [PhD dissertation]. Denver: College of Education, University of Denver; 2006.
19. Zettle RD. Acceptance and commitment therapy for depression. *Current Opinion in Psychology*. 2015;2:65–9. doi:[10.1016/j.copsyc.2014.11.011](https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.11.011)
20. Brown M, Glendenning AC, Hoon AE, John A. Effectiveness of web-delivered acceptance and commitment therapy in relation to mental health and well-being: a systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res*. 2016;18(8):221–28. doi:[10.2196/jmir.6200](https://doi.org/10.2196/jmir.6200)
21. Forman EM, Herbert JD. *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons Inc; 2011.
22. Harris R. Mabani nazari darman mobtani bar ta'ahod va paziresh be zabani sade (Bakhsh dovom) [Theoretical foundations of commitment-based therapy and acceptance in a simple language (Part II)]. Feizi A. (Persian Translator). Tehran: Psychological Services Center and Life Counselor; 2013.
23. Mirzaeidoostan Z, Zargar Y, Zandi Payam A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on death anxiety and mental health in women with HIV in Abadan city, Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2019;25(1):2–13. [Persian] doi:[10.32598/ijpcp.25.1.2](https://doi.org/10.32598/ijpcp.25.1.2)
24. Haji Eghrari L, Asadi F, Javazi S, Atef Vahid T. Effectiveness of acceptance and commitment (ACT) therapy on behavioral inhibition and cognitive-behavioral avoidance of women with generalized anxiety disorder. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2019;13(6):31–8. [Persian] <http://ijnr.ir/article-1-2126-en.html>
25. Amirian K, Mami SH, Ahmadi V. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and dialectic behavioral therapy (DBT) on behavioral inhibition and behavioral activation on men with substance abuse. *Journal of Community Health*. 2017;11(3,4):86–95. [Persian] [http://chj.rums.ac.ir/article\\_70887.html?lang=en](http://chj.rums.ac.ir/article_70887.html?lang=en)
26. Abbasi M, Khazan K, Pirani Z, Ghasemi Jobaneh R. Effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on cognitive-emotional functions of veterans. *Iran J War Public Health*. 2016;8(4):203–8. [Persian] <http://ijwph.ir/article-1-594-en.html>
27. Ahmadi A, Raeisi Z. The effect of acceptance and commitment therapy on distress tolerance in mothers of children with autism. *J Child Ment Health*. 2018;5(3):69–79. [Persian] <http://childmentalhealth.ir/article-1-349-en.html>
28. Sheydayi Aghdam S, Shamseddini lory S, Abassi S, Yosefi S, Abdollahi S, Moradi Joo M. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment in reducing distress and inefficient attitudes in patients with MS. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2015;9(34):57–66. [Persian] [https://jtbcp.riau.ac.ir/article\\_108.html?lang=en](https://jtbcp.riau.ac.ir/article_108.html?lang=en)
29. Roohi R, Soltani AA, Zinedine Meimand Z, Razavi Nematollahi V. The effect of acceptance and commitment therapy (ACT) on increasing the self-compassion, distress tolerance, and emotion regulation in students with social anxiety disorder. *J Child Ment Health*. 2019;6(3):173–87. doi:[10.29252/jcmh.6.3.16](https://doi.org/10.29252/jcmh.6.3.16)
30. Brown RA, Palm KM, Strong DR, Lejuez CW, Kahler CW, Zvolensky MJ, et al. Distress tolerance treatment for early-lapse smokers: rationale, program description, and preliminary findings. *Behav Modif*. 2008;32(3):302–32. doi:[10.1177/0145445507309024](https://doi.org/10.1177/0145445507309024)
31. Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: a case study with two couples. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2009;16(4):430–42. doi:[10.1016/j.cbpra.2008.12.009](https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.12.009)
32. Gall MD, Borg WR, Gall JP. *Educational research: an introduction*. 6<sup>th</sup> edition. Boston: Longman Publishing; 1996.
33. Lobbstaal J, Leurgans M, Arntz A. Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I disorders (SCID I) and axis II disorders (SCID II). *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2011;18(1):75–9. doi:[10.1002/cpp.693](https://doi.org/10.1002/cpp.693)
34. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
35. Parhoon H, Moradi A, Hatami M, Parhoon K. Comparison of the brief behavioral activation treatment and meta-cognitive therapy in the reduction of the symptoms and in the improvement of the quality of life in the major depressed patients. *Journal of Research in Psychological Health*. 2013;6(4):36–52. [Persian] <http://rph.khu.ac.ir/article-1-1533-en.html>
36. Sharifi V, Assadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. A Persian translation of the Structured clinical interview for diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition: psychometric properties. *Comprehensive Psychiatry*. 2009;50(1):86–91. doi:[10.1016/j.comppsy.2008.04.004](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.04.004)
37. Stefan-Dabson K, Mohammadkhani P, Massah-Choulabi O. Psychometrics characteristic of Beck Depression Inventory-II in patients with major depressive disorder. *Journal of Rehabilitation*. 2007;8:82. [Persian] <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-135-en.html>
38. Simons JS, Gaher RM. The distress tolerance scale: development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*. 2005;29(2):83–102. doi:[10.1007/s11031-005-7955-3](https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3)
39. Azizi A, Mirzaei A, Shams J. Correlation between distress tolerance and emotional regulation with students smoking dependence. *Hakim Research Journal*. 2010;13(1):11–8. [Persian] <http://hakim.hbi.ir/article-1-608-en.html>
40. Wegner DM, Zanakos S. Chronic thought suppression. *Journal of Personality*. 1994;62(4):615–40. doi:[10.1111/j.1467-6494.1994.tb00311.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1994.tb00311.x)
41. Saed O, Purehsan S, Aslani J, Zargar M. The role of thought suppression, meta-cognitive factors and negative emotions in prediction of substance dependency disorder. *Research on Addiction*. 2011;5(18):69–84. [Persian] <http://etiadpajohi.ir/article-1-354-en.html>
42. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change*. Second edition. New York, London: Guilford Press; 2012.

43. McWilliams LA, Cox BJ, Enns MW. Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain*. 2003;106(1-2):127-33. doi:[10.1016/S0304-3959\(03\)00301-4](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(03)00301-4)
44. Mousavi E, Gharraee B, Ramazani Farani A, Taremian F. Comparison of cognitive errors and rumination in obsessive-compulsive and social phobia disorders. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2017;23(1):10-21. [Persian] doi:[10.18869/nirp.ijpcp.23.1.10](https://doi.org/10.18869/nirp.ijpcp.23.1.10)
45. Farahani F, Dokanei Fard F, Delavar A. Comparison of the effectiveness of coupled communication imaging therapy (imago therapy) with acceptance and commitment therapy (ACT) on the mental health of couples. *Iranian Journal of Educational Sociology*. 2018;1(9):91-103.
46. Mofid V, Fatehizadeh M, Dorosti F. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression and quality of life of women criminal prisoners in Isfahan city. *Strategic Research on Social Problems in Iran University of Isfahan*. 2017;6(3):17-30. [Persian] [https://ssoss.ui.ac.ir/article\\_22268.html?lang=en](https://ssoss.ui.ac.ir/article_22268.html?lang=en)
47. Razavi SB, Aboalghasimi S, Akbari B, Nadirinabi B. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on feeling hope and pain management of women with chronic pain. *Journal of Anesthesiology and Pain*. 2019;10(1):36-49. [Persian] <http://jap.iuims.ac.ir/article-1-5423-en.html>