

Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment of Psychological Consequences and Rumination in Female Patients with Rheumatic Diseases

ARTICLE INFO

Article Type
Research Article

Authors

Zahra Roshandel¹,
Ozra Ghafari^{2*},
Reza Kazemi³,
Mehyar Nadermohammadi Moghadam³

How to cite this article

Zahra Roshandel, Ozra Ghafari, Reza Kazemi, Mehyar Nadermohammadi Moghadam. Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment of Psychological Consequences and Rumination in Female Patients with Rheumatic Diseases. *Islamic Life Style*. 2023; 6(4):10-20

1. PhD student, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.

2. Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran (Corresponding Author).

3. Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.

* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: azra.ghaffari@yahoo.com

Article History

Received: 2022/08/14

Accepted: 2022/08/27

ABSTRACT

Purpose: Rheumatism is a chronic disease with an unknown etiology, which is characterized by the main symptoms of widespread pain throughout the body and multiple sensitive points, mood cognitive disorder, including short-term memory impairment and reduced concentration, depression, tension, and anxiety, and morning dryness of the joints.

Materials and Methods: The present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment of psychological consequences and rumination in female patients with rheumatic diseases in Tehran. This study was a controlled experiment with a control group and pre-test and post-test. The statistical population of the present study consisted of all female patients suffering from rheumatic diseases who referred to the Rheumatology Clinic of Imam Hossein (AS) Hospital in Tehran during the months of April to June of 1400 and after preliminary examinations and tests, the diagnosis received rheumatic diseases, formed 30 women with rheumatic diseases were selected by purposive sampling method and divided into two groups through random replacement (using a table of random numbers) and after random replacement, in order to comply with the principle of random application, one of the groups was randomly selected again. They were assigned as the experimental group under treatment based on acceptance and commitment (n=15) and a control group (n=15). 1995) and the rumination questionnaire (Nolen Hoxima, 1991). In order to investigate the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment of psychological consequences and rumination, analysis of variance with repeated measurement was used. Three-month follow-ups were collected.

Findings: There was no significant difference between the two groups in the average of the variables of psychological outcomes and rumination in the pre-test stage, which indicates the homogeneity of the two groups, and the comparison of the post-tests in the two groups indicates the existence of a significant difference, which indicates the effectiveness of the treatment. It was based on acceptance and commitment (P<0.001).

Conclusion: The results of this research showed that the treatment based on acceptance and commitment can be effective in improving psychological outcomes and rumination in women with rheumatic diseases.

Keywords: Rheumatic Diseases, Psychological Consequences, Treatment Based on Acceptance and Commitment, Rumination.

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پیامدهای روانشناختی و نشخوار فکری در بیماران زن مبتلا به بیماریهای روماتیسمی

زهرا روشندل^۱

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

عذرا غفاری^{۲*}

گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران (نویسنده مسئول).

رضا کاظمی^۳

گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

مهریار ندرمحمدی مقدم^۴

گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

اطلاعات مذکور در سه مرحله خط پایه، پس از مداخله و پیگیری سه ماهه جمع آوری شدند.

یافته ها: میانگین متغیرهای پیامدهای روانشناختی و نشخوار فکری در مرحله پیش آزمون بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود نداشت که حاکی از همگن بودن دو گروه و مقایسه پس آزمونها در دو گروه حاکی از وجود تفاوت معنی دار است که این مساله نشان دهنده اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است ($P < 0.001$)

نتیجه گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند در بهبود پیامدهای روانشناختی و نشخوار فکری در زنان مبتلا به بیماریهای روماتیسمی موثر باشد.

کلید واژه ها: بیماریهای روماتیسمی، پیامدهای روانشناختی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نشخوار فکری.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۰۵

*نویسنده مسئول: azra.ghaffari@yahoo.com

مقدمه

بیماریهای روماتیسمی شامل بیش از ۱۲۰ بیماری هستند. البته شیوع و اهمیت همه این بیماریها یکسان نیست. شایعترین و مهمترین بیماریهای روماتیسمی عبارتند از: آرتریت روماتوئید آرتریت روماتوئید جوانان^۲، آرتروز^۳، لوپوس^۴، بیماریهای روماتیسمی^۵، روماتیسم قلبی، اسکلرودرمی^۶، درماتومیوزیت و پلی میوزیت^۷، بیماری بهجت^۸ می باشد [۱]. علت اصلی اکثر بیماریهای روماتیسمی هنوز مشخص نیست. اکثر بیماریهای روماتیسمی بیماریهای خودایمنی هستند یعنی خستگی بر علیه بافتهای بدن شخص واکنش نشان داده و باعث آسیب این بافت ها می گردد [۲]. بیماریهای روماتیسمی مجموعه ای از نشانه ها شامل درد پراکنده و چندجانبه عضلانی-اسکلتی، وجود نقاط چندگانه و ناپایدار حساس به درد، آشفتگی خواب^۹، خستگی^{۱۰}، اسپاسم های طولانی عضلانی، ضعف در اندامها، انعطاف ناپذیری عضلانی^{۱۱} اختلال در بلع و عملکرد روده ها و مثانه، اختلال خواب، سردرد، اختلال شناختی خلقی^{۱۲} از جمله اختلال حافظه کوتاه مدت^{۱۳} و کاهش تمرکز^{۱۴}، افسردگی، تنیدگی، و اضطراب و خشکی صبحگاهی مفاصل است [۳]. در برخی از موارد سختی در تنفس، احساس گزگز کردن، مور مور شدن و فعالیت حرکتی غیرطبیعی نیز مشاهده می شود. شدت نشانه های بیماریهای روماتیسمی در بیماران مدام در حال تغییر است [۴]. نزدیک به ۵۰ درصد از مبتلایان به بیماریهای روماتیسمی دچار اختلال های عصبی به ویژه افسردگی یا اضطراب هستند. این افراد معمولاً تأیید می کنند که تنش های عصبی و روانی در تشدید علائم بیماری مؤثر است [۵]. از طرف دیگر، افسردگی و اضطراب

چکیده

هدف: روماتیسم بیماری مزمن با سبب شناسی ناشناخته ای است که با نشانه های اصلی درد منتشر در سراسر بدن و نقاط حساس متعدد، اختلال شناختی خلقی از جمله اختلال حافظه کوتاه مدت و کاهش تمرکز، افسردگی، تنیدگی، و اضطراب و خشکی صبحگاهی مفاصل شناخته می شود.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پیامدهای روانشناختی و نشخوار فکری در بیماران زن مبتلا به بیماریهای روماتیسمی در شهر تهران انجام گرفت. این مطالعه از نوع آزمایشی کنترل شده با گروه کنترل و پیش آزمون و پس آزمون بود. جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت بود از کلیه بیماران زن مبتلا به بیماریهای روماتیسمی مراجعه کننده به درمانگاه روماتولوژی بیمارستان امام حسین (ع) در شهر تهران در طی ماه های فروردین تا خرداد ماه سال ۱۴۰۰ مراجعه کرده بودند و پس از بررسی های اولیه و انجام آزمایشات، تشخیص بیماریهای روماتیسمی دریافت کردند، تشکیل دادند. ۳۰ نفر از زنان مبتلا به بیماریهای روماتیسمی با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و از طریق جایگزینی تصادفی به دو گروه تقسیم شدند (با استفاده از جدول اعداد تصادفی) و پس از جایگزینی تصادفی، برای رعایت اصل کاربندی تصادفی، دوباره از روی تصادفی یکی از گروه ها به عنوان گروه آزمایش تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ($n=15$) و یک گروه کنترل ($n=15$) گمارده شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل پرسشنامه های مشخصات دموگرافیک، فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (لاویبوند و لاویبوند، ۱۹۹۵) و پرسشنامه نشخوار فکری (نولن هوکسینما، ۱۹۹۱) بود. جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پیامدهای روانشناختی و نشخوار فکری از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد

8. Behcet's disease
9. sleep disturbance
10. fatigue
11. muscular inflexibility
12. cognitive mood disorder
13. short-term memory
14. impaired concentration

1. Rheumatoid Arthritis
2. Juvenile Rheumatoid Arthritis
3. Arthritis
4. Lupus
5. Rheumatic diseases
6. Scleroderma
7. Dermatomyositis and polymyositis

همچنین در درمانهایی که برای کاهش درد و خستگی و بالا بردن پذیرش در افراد پیشنهاد شده است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۷ می باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شش فرایند مرکزی؛ پذیرش ۸، عدم همجوشی ۹، لحظه حال ۱۰، خود به عنوان بافت یا زمینه ۱۱، ارزش‌ها ۱۲ و عمل متعهدانه ۱۳ دارد [۱۵]. هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف پذیری روانی ۱۴ است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف مناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام شود یا بر فرد تحمیل گردد. افزایش توانایی فرد برای دادن پاسخ مؤثر به افکار و احساسات گوناگونی که هنگام بروز مشکلات ظاهر می‌شوند [۱۶].

درمان پذیرش و تعهد معتقد است که بسیاری از شکل‌های آسیب روانی، با تلاش‌های بهبودی و بی حاصل برای جلوگیری کردن از تجارب درونی منفی توسط انجام رفتارهایی مانند سوء مصرف مواد، گسستگی، یا اجتناب از مردم، مکانها و موقعیتها بی که موجب آنها می‌شود مرتبط است [۱۷]. علاوه بر این، مطالعات آزمایشگاهی بازدارنده افکار و هیجان نشان داده است که با تلاش‌های بیشتر فرد برای جلوگیری کردن از احساسات و افکار خاص، به احتمال بیشتری آنها را تجربه خواهد کرد. به همین دلیل به جای اجتناب تجربه ای، درمان پذیرش و تعهد انعطاف پذیری روان شناختی را آموزش می دهد که شامل گرایش تجربه کردن لحظه حاضر همانطور که هست و عمل کردن مطابق با ارزشهای انتخابی شخص می باشد [۱۸]. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد یک زندگی غنی و پرمعنا در حالی است که فرد رنج ناگزیر موجود در آن را می‌پذیرد. درمان پذیرش و تعهد (به معنی اقدام) مخفف جالبی است چون این درمان درباره انجام اقدام مؤثری است که به وسیله عمیق‌ترین ارزش‌های ما هدایت می‌شود آن‌هم درحالی که ما کاملاً آماده و متعهد هستیم. تنها از طریق اقدام هشیارانه است که ما می‌توانیم یک زندگی پرمعنا بسازیم. البته همین که برای ساختن چنان زندگی تلاش خود را آغاز کردیم با انواع و اقسام موانع به شکل تجربه‌های درونی ناخواسته و نامطلوب روبه‌رو خواهیم شد (افکار، تصورات، احساسات، حس‌های بدنی، تکانها و خاطرات). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای اداره این تجربه‌های درونی مهارت‌های مؤثر توجه آگاهی را به ما می‌آموزد [۱۹]. با توجه به مطالب عنوان شده این پژوهش با هدف تعیین اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد در بهبود پیامدهای روان‌شناختی و نشخوار فکری در بیماران زن مبتلا به بیماریهای روماتیسمی انجام پذیرفت.

براساس مکانیزم مهار دروازه‌ای درد، منجر به افزایش درد و تشدید علائم می‌شود [۶]. پژوهشها نشان می‌دهند که بین افسردگی و نشخوار فکری رابطه مثبت وجود دارد. نشخوار فکری یکی از راهکارهای کارکرد اجرایی خود نظم بخش برای کاهش ناهماهنگی شناختی است و در واقع نوعی سبک مقابله با خلق افسرده به حساب می‌آید [۷]. از آنجا که علت اصلی بیماریهای روماتیسمی معلوم نیست، درمان واحدی که بتواند همه علائم بیماری را برطرف کند وجود ندارد. بیماران مبتلا به بیماریهای روماتیسمی علاوه بر درد فراگیر، از مشکل در کارکردهای شناختی ۲، اضطراب و افسردگی شکایت دارند [۸]. زندگی همراه با درد مزمن مستلزم فشار عاطفی قابل توجهی است؛ به طوری که توانایی‌های عاطفی و هیجانی بیمار را کاهش می‌دهد و در نهایت، باعث تضعیف روحیه بیمار، احساس ناکامی ۳، درماندگی ۴ و افسردگی در وی می‌شود [۹]. با توجه به شیوع بالای افسردگی (۳۴/۳۴) در مبتلایان به بیماریهای روماتیسمی، بنظر میرسد درمان افسردگی و سایر اختلال‌های روانی باید یکی از اولویت های درمانی در نظر گرفته شود [۱۰]. پژوهش‌های اولیه اختلال‌های روانی در بیماران مبتلا به بیماریهای روماتیسمی که به طور عمده از طریق پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی توسط بیماران بوده است نیز، شیوع بالای اختلال‌های روانی را تایید می‌کند (وسپا ۵). تعداد زیادی از بیماران مبتلا به بیماریهای روماتیسمی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی ارجاعی با متخصصان روماتولوژی ۶، درصد بالایی از اختلال‌های روانی را نشان می‌دهند. این مسئله و نداشتن فیزیوپاتولوژی مشخص، سبب شده است که بعضی از پژوهشگران منشأ این بیماری را روانی تلقی کنند [۱۱]. هانس سلیه (۱۹۸۲) الگوی سازگاری عمومی را برای استرس ارایه کرد که مطابق آن سندرم از سه مرحله واکنش هشدار و مرحله مقاومت و مرحله فرسودگی می‌گذرد. او استرس را واکنش غیر اختصاصی بدن به هرگونه خواسته و نیازی میدانست که به وسیله شرایط لذت بخش و یا ناخوشایند ایجاد شده است [۱۲]. تشریح پاسخ های عصبی- اندوکرین و ایمنی به چنین رویدادهایی به درک علت و چگونگی ایجاد اثرات زیانبار به وسیله استرس کمک می‌کند. نزدیک به ۵۰ درصد از مبتلایان به بیماریهای روماتیسمی دچار اختلال‌های عصبی به ویژه افسردگی یا اضطراب هستند. این افراد معمولاً تایید می‌کنند که تنش‌های عصبی و روانی در تشدید علائم بیماری مؤثر است [۱۳]. پژوهشها نشان می‌دهند که بین افسردگی و نشخوار فکری رابطه مثبت وجود دارد. نشخوار فکری یکی از راهکارهای کارکرد اجرایی خود نظم بخش برای کاهش ناهماهنگی شناختی است و در واقع نوعی سبک مقابله با خلق افسرده به حساب می‌آید [۱۴].

8. Acceptance
9. Defusion
10. Present moment
11. Self as a context
12. Values
13. Committed action
14. Psychological flexibility

1. control the pain gate
2. cognitive function
3. feeling frustrated
4. helplessness
5. Vespa, A.
6. rheumatologist
7. Acceptance and commitment treatment

مواد و روش ها

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: پژوهش حاضر یک مطالعه از نوع آزمایشی که در آن از طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری را کلیه بیماران زن مبتلا به بیماریهای روماتیسمی مراجعه کننده به درمانگاه روماتولوژی بیمارستان امام حسین(ع) در شهر تهران در طی ماههای فروردین تا خرداد ماه سال ۱۴۰۰ مراجعه کرده بودند و پس از بررسیهای اولیه و انجام آزمایشات، تشخیص بیماریهای روماتیسمی دریافت کردند، تشکیل دادند. نمونه لازم برای این بررسی ۱۵ نفر برای هر گروه محاسبه شد [۲۰]. ۳۰ نفر با توجه به ملاک های ورود ذکر شده به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند.

ملاک های ورود این مطالعه عبارت بودند از: داشتن معیارهای بیماریهای روماتیسمی به تشخیص روماتولوژیست و طبق شاخص های بالینی کالج روماتولوژی آمریکا (۲۰۱۷)، دارا بودن تحصیلات راهنمایی به بالا، داشتن سن بین ۳۰ تا ۴۵ سال (شایعترین سن ابتلا)، عدم وجود سابقه بیماری عصبی و روانی و سابقه بستری در بیمارستان، تمایل به همکاری همچنین ملاک های خروج از مطالعه عدم حضور در جلسات مداخله بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات مداخله بود.

ابزار سنجش

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناسی

هدف از این پرسشنامه، جمع آوری داده های جمعیت شناختی لازم به عنوان اطلاعات پایه مشتمل بر سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، زمینه آموزشی و سابقه شغلی و همینطور سوالاتی در مورد نحوه کنترل بیماری روماتیسم توسط بیمار، مصرف الکل و سیگار توسط بیمار بود.

- فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس

فرم کوتاه DASS یک ابزار خودسنجی است که شامل ۲۱ سوال و سه بخش مساوی راجع به هریک از شاخص های مورد بررسی می باشد، که برای اندازه گیری حالت های هیجانی منفی افسردگی، اضطراب و استرس طراحی شده است. مقیاس افسردگی، احساس بی قراری و ملامت، ناامیدی، بی ارزش سازی زندگی، خودناراضی، فقدان علاقه/گرفتاری، بی لذتی و بی حرکتی را ارزیابی می کند. مقیاس استرس به سطوح برانگیختگی نامعین مزمن حساس هستند که دشواری در به آرامش رسیدن، برانگیختگی عصبی و به راحتی آشفته شدن، تحریک پذیری بی حوصلگی را ارزیابی می کند. پاسخگوها از مقیاس فراوانی ۴ درجه ای لیکرت بین صفر تا ۳ (=۰ هرگز، =۱ کم، =۲ متوسط، =۳ خیلی زیاد) برای ارزیابی تجربه هر حالت در هفته گذشته استفاده می کنند. نمره های افسردگی، اضطراب و استرس به وسیله جمع نمرات برای آیتم های مرتبط محاسبه می شود [۲۱]. در مطالعه ای در مورد یک نمونه بهنجار، همسانی درونی بالایی برای مقیاس های افسردگی، اضطراب و

استرس (به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴، ۰/۹۰) محاسبه شده است [۲۲]. در مطالعه ای با جمعیت بالینی ضرایب همسانی درونی همین سه خرده مقیاس به ترتیب برابر با ۰/۹۶، ۰/۸۹، ۰/۹۳ گزارش شده است. در مطالعه بایک نمونه غیر بالینی، ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر با ۰/۹۳، ۰/۹۰، ۰/۹۲ به دست آمد. این ضرایب همگی از حداقل میزان قابل قبول توصیه شده توسط ناتالی و برنشتاین (۱۹۹۴)، یعنی ۰/۷۰ بالاتر است. ضرایب باز آزمایی (۱ پیروسون) برای مقیاس افسردگی ۰/۸۴ برای مقیاس اضطراب ۰/۸۹ و برای مقیاس استرس ۰/۹۰ به دست آمد. این ضرایب همبستگی در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنی دار است. با توجه به اینکه همبستگی درون طبقه ای ۰/۷۴ و بالاتر پایایی قابل قبولی است (ناتالی ۲ و برنشتاین ۳، ۱۹۹۴) و نیز با توجه به معنی داری ضرایب همبستگی بین دو بار اجرا می توان گفت پایایی DASS در حد قابل قبول است [۲۳]. همچنین می توان به مطالعه هنری و کرافورد (۱۲۰۰۵) اشاره کرد که این مطالعه بر روی یک جمعیت غیر بالینی انگلیسی (۱۷۹۴ نفر) انجام شده است. ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) کل مقیاس برابر با ۰/۹۳ و برای سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۲ و ۰/۹۰ گزارش شده است.

در این پژوهش، همسانی درونی [ضریب آلفای کرونباخ] مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس برای حجم نمونه (n=۳۰) در مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس، ۰/۹۱۰ به دست آمده است. با توجه به اینکه آلفای کرونباخ مقیاس مذکور بیشتر از ۰/۷ است نشان می دهد مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس از اعتبار بالایی برخوردار است.

- پرسشنامه سبک پاسخ دهی نشخوار (RRS)

مقیاس سبک پاسخ نشخواری زیر مقیاسی از پرسشنامه ی سبک های پاسخ نولن هوکسیما و مورو ۴ است (۱۹۹۱) است. این مقیاس خود گزارشی توسط نولن هوکسیما و مورو (۱۹۹۱) ساخته شده، دارای ۲۲ سوال ۴ گزینه ای لیکرت است که برای دستیابی به نشخوار فکری طراحی شده است [۲۴]. نمره ای کل نشخوار فکری از طریق جمع ماده ها محاسبه می شود. شواهد مربوط به روایی محتوا در اختیار اساتید و کارشناسان مربوطه قرار گرفته و معتبر شناخته شده است. با ضریب آلفای این مقیاس ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ گزارش شده است که نشان دهنده ی پایایی درونی بالای آن است و همبستگی درون طبقه ای آن با پنج بار اندازه گیری (همبستگی ۰/۷۵) نیز بالا بوده است [۲۵]. همچنین همبستگی باز آزمایی برای مدت بیشتر از ۱۲ ماه ۰/۶۷ گزارش شده است و در برسی اولیه نیز آلفای برابر ۰/۹۰ به دست آمده است. این مقیاس نشان می دهد که وقتی آزمودنی افسرده می شود چقدر در فکر یا رفتار نشخواری در گیر می شود. نمرات می تواند بین ۲۲ تا ۸۸ متغیر باشند [۲۶].

در این پژوهش، همسانی درونی [ضریب آلفای کرونباخ] سبک پاسخ نشخواری برای حجم نمونه (n=۳۰) در مقیاس سبک پاسخ

3. Bernstein, I. H.

4. Nolen-Hoeksema and Morrow

1. Test-retest coefficient

2. Nunnally, J. C.

نشخواری، ۰/۷۸۴ به دست آمده است. با توجه به اینکه آفای کروناخ مقیاس مذکور بیشتر از ۰/۷ است نشان می‌دهد مقیاس سبک پاسخ نشخواری از اعتبار بالایی برخوردار است.

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

در این تحقیق، پژوهشگران بعد از کسب تاییدیه از کمیته اخلاق، با شماره IR.IAU.ARDABIL.REC.1400.043 به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران مراجعه کرده و معرفی نامه جهت کار در محیط پژوهش بیمارستان امام حسین (ع) حضور پیدا کردند و پس از معرفی خود به مسئولین ذیربط، اهداف پژوهش و مراحل انجام کار را برای آنها بیان کردند. پس از کسب موافقت ریاست و مسئولین بخش در بیمارستان امام حسین (ع) تحت نظر متخصص روماتولوژیست کار نمونه گیری آغاز گردید. از بیماران مبتلا به بیماری روماتیسم، مصاحبه بالینی و ویزیت اولیه انجام گرفت و ۳۰ نفر از افرادی را که معیارهای ورودی زیر را داشته باشند، با اخذ رضایت آگاهانه، وارد مطالعه کرده است. نمونه‌های پژوهش به روش هدفمند و بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند. از طریق جایگزینی تصادفی ۱ به گروه آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم شدند (با استفاده از جدول اعداد تصادفی) و پس از جایگزینی تصادفی، برای رعایت اصل کاربندی تصادفی، دوباره از روی تصادف یکی از گروه‌ها به عنوان گروه مداخله (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کردند) و گروه کنترل (گروهی که تنها درمانهای دارویی و آموزش جاری دپارتمان بیماری روماتیسم را دریافت می‌کنند) انتخاب شدند. کلیه شرکت کنندگان پرسشنامه‌های مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس و پرسشنامه نشخواری را در مرحله پیش‌آزمون و پس از آزمون

تکمیل کردند گروه آزمایشی تحت مداخله ذکر شده قرار گرفتند. بنا به اهداف تحقیق نیز، ۳ ماه بعد از مداخله جهت انجام امور پیگیری درمان، جلسه ای با هدف ارزیابی کلی اثر بخشی مداخله صورت پذیرفت. مداخله برای گروه آزمایش به شیوه گروهی انجام گرفت. در گروه کنترل طی مدت پژوهش مداخله‌ای صورت نگرفته و تنها از پرسشنامه‌های مذکور قبل و بعد از مداخله در گروه‌های آزمون جهت سنجش این بیماران به طور همزمان با دو گروه مداخله استفاده شد. گروه کنترل طبق پروتکل جاری خاص توسط پزشک متخصص تحت درمان بودند و پژوهشگر هیچگونه دخالتی نداشت. همچنین در پایان مطالعه، تمامی موارد آموزش داده شده به گروه آزمایش، در قالب یک بسته آموزشی به گروه کنترل ارائه شد. ساختار جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس مداخله گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز (۲۰۱۸) [۲۷]، با ساختار هشت جلسه ای (طبق جدول زیر) بود. هر هفته یک جلسه و هر جلسه در ۱ تا ۱/۵ ساعت با حضور درمانگر و کمک درمانگر آشنا به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انجام شد، قابل ذکر است هر دو نفر، دارای گواهی انجام درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشند محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد واضح و با توجه به سواد و زمینه‌های فردی و هوشی شرکت کنندگان طوری عنوان گردید که برای بیماران قابل فهم باشد. در شروع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مصاحبه گر خود را معرفی کرده و تلاش نمود جو دوستانه‌ای ایجاد شود، مصاحبه گر همواره به خاطر داشت از دخالت دادن پیش‌داوریه‌ها، دیدگاهها و آگاهی‌های قبلی خود بر رفتارش جلوگیری کند. همچنین تا حد ممکن، از خارج شدن پاسخ دهنده از حیطه سؤال و به حاشیه رفتن او جلوگیری می‌کرد.

جدول ۱. ساختار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد [۲۷]

جلسه اول	معرفی اعضای گروه و اجرای پیش‌آزمون، بحث در مورد حدود رفتاری و توضیح قوانین و اصول و قراردادهای حاکم بر جلسات مشاوره‌ای، رضایت آگاهانه افراد گروه برای انجام فرایند درمان، مطرح کردن اهداف درمان و اینکه تغییر امکان پذیر است و توضیح فلسفه مداخله بر اساس این رویکرد، معرفی درماندگی خلاق: که در این شرایط می‌توان بر نادیده گرفتن ارزش‌ها، قطع ارتباط، واکنش، اجتناب و در ذهن بودن مطالب ارائه کرد (توضیح مفاهیم مربوط به خودکارآمدی) و معرفی سیستم‌های ناکارآمد گذشته و درد و شدت خستگی و ناگویی هیجانی (آشنایی با تلاش‌های گذشته افراد برای به انجام رساندن اهداف).
جلسه دوم	آشنایی با مفاهیم درمانی ACT (انعطاف پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خود تجسمی، داستان شخصی، روشن سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه) در شش مرحله به صورت زیر: ۱) در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و ...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هر گونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به طور کامل پذیرفت، ۲) بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد، ۳) به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند، ۴) تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی یا داستان شخصی که فرد برای خود در ذهنش ساخته است، ۵) کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها) و ۶) ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه؛ یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی

4. Random Allocation or Randomization

جلسه سوم	نقد و بررسی تکلیف قبل: پاسخ افراد در شیوه راهبردهای کنترل خود، کنترل به عنوان شکل (کنترل مسئله است نه راه حل) (آموزش این نکته که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است)، تکالیف: یادداشت تجربه روزانه، یادداشت روزانه تمایل، یادداشت روزانه ناراحتی پاک و ناپاک رساندن به ناامیدی خلاق.
جلسه چهارم	ارزیابی عملکرد؛ بررسی تجربیات فرد از جلسه قبل تاکنون؛ بررسی تکالیف خانگی، تکالیف: تمرین ذهن آگاهی، برگه راهنمای ذهن آگاهی چیست، تاثیر بر شناسایی و آگاهی و آغاز تمرینات مربوط به شفاف سازی ارزشها.
جلسه پنجم	ارزیابی عملکرد. هدف جلسه: تمایز خود مفهوم سازی در برابر خود مشاهده گری، سنجش توانایی درمانجو برای گسست از افکار و احساسات، ادامه تجربیات ذهن آگاهی و ادامه شفاف سازی ارزشها.
جلسه ششم	هدف در این جلسه نشان دادن اهمیت ارزشها و تفهیم به افراد که چگونه ارزشها و تفهیم آن "تمایل/ پذیرش" را ارزشمند جلوه می دهد، ارزش به عنوان رفتار در مقابل ارزش به عنوان احساسات، تمرینات آگاهی از احساسات بدنی و بحث پیرامون آن، تمرینات مربوط به خود کارآمدی، ادامه تنظیم اهداف مؤثر مرتبط با ارزشها، ادامه تمرینات آگاهی حتی در حین راه رفتن بحث پیرامون کنترل قند و خود کارآمدی. آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش به مراجع در مورد این که چه مهارت هایی مشاهده و توصیف می شوند و چگونه مهارت ها مورد قضاوت قرار نمی گیرند، متمرکز می مانند و اینکه این مهارتها چطور کار می کنند.
جلسه هفتم	هدف جلسه کمک به افراد گروه که خود کارآمدی خود را مطابق با ارزشهای فرد نیست، بشناسد. فرد باید پیوسته ارزشهایش را به عنوان منشأ تعهد درک کند و آنها را در عملی کردن مفهوم (تمایل) و در خدمت فعال سازی رفتاری و اهداف شخصی خود به کار ببرد. انتخابها در برابر قضاوتها / تصمیمها، شناسایی رفتار مبتنی بر ارزشها در یک هفته مرور شود. شناسایی ارزشها (اهداف کوچکتر در خدمت اهداف بزرگتر). کاهش وزن برای داشتن تصویر بدنی بهتر
جلسه هشتم	هدف از این جلسه کشف ارتباط بین اهداف و فعالیتها و استحکام بخشیدن به عوامل تمایل و گسلش، در خدمت دستیابی به اهداف رفتاری است و نیز تکلیف را باید با توجه به ویژگی فعال سازی رفتاری در قالب متعهد کردن به فعالیتهای خاص ادامه داد که توسط اهداف و ارزشهای بزرگتر درمانجو مشخص شده است. ارزیابی عمل متعهدانه: آموزش درمانجو که خود یک درمانگر باشد برای به حداکثر رساندن این احتمال که درمانجو مهارتهای آموخته در درمان را ابراز کند و پس از اتمام در آن به کار ببرد. آمادگی برای مقابله با شکستهای احتمالی بعد از خاتمه درمان شناسایی راهبردهای ممکن، موانع الگوریتم FEAR، عمل متعهدانه براساس الگوریتم ACT و پیام اصلی ACT ارائه خلاصه ای از محتوای جلسات قبل و اجرای پس آزمون تکالیف پیشنهادی: ثبت اهداف مراجع به عنوان مثال ۱ ماه تا ۶ ماه بحث و گفتگو و اصلاح برنامه بعد از درمان پایان درمان و پیشگیری از عود: ادامه جلسات می تواند ماهانه با رضایت مراجعان و نیز جلسات ۳۰ دقیقه یا کمتر به صورت تلفنی.

یافته ها
جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پیامدهای روانشناختی و نشخوار فکری از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شده است. با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ی ۲۱ استفاده شد.

جدول ۲. آماره های توصیفی مربوط به سن شرکت کنندگان در پژوهش

گروه ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)	۱۵	۳۳/۹۰	۵/۰۹	۲۵	۴۳
کنترل	۱۵	۳۵/۰۱	۴/۷۷	۲۷	۴۳

همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده است، میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در گروه آزمایش اول (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) $33/90 \pm 5/09$ و میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در گروه کنترل $35/01 \pm 4/77$ می باشد.

جدول ۳- آماره‌های توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار متغیرهای اضطراب، افسردگی، استرس و نشخوار فکری شرکت‌کنندگان در پژوهش

گروه	مرحله	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		متغیر	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)	اضطراب	۱۲/۵۰	۲/۷۰	۴/۱۵	۱/۱۴	۴/۲۵
	افسردگی	۱۴/۸۰	۱/۷۶	۶/۷۰	۱/۸۰	۷/۰۵
	استرس	۱۳/۴۰	۲/۳۲	۷/۰۵	۱/۷۳	۷/۴۰
کنترل	اضطراب	۱۲/۶۰	۲/۷۰	۱۳/۰۱	۲/۶۱	۱۲/۷۵
	افسردگی	۱۳/۸۵	۲/۰۷	۱۳/۹۵	۱/۷۶	۱۳/۹۵
	استرس	۱۳/۳۰	۲/۳۴	۱۳/۵۰	۲/۲۱	۱۳/۷۵
آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)	نشخوار فکری	۳۴/۸۵	۳/۷۳	۲۳/۶۵	۴/۳۹	۲۴/۲۰
	کنترل	۳۴/۰۵	۵/۰۱	۳۳/۲۵	۵/۰۶	۳۳/۷۰

مشاهده می‌شود. همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، میانگین و انحراف معیار متغیر نشخوار فکری شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش اول (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) در مرحله پیش‌آزمون $23/73 \pm 34/85$ ، در مرحله پس‌آزمون $23/65 \pm 4/39$ و در مرحله پیگیری نیز $24/50 \pm 4/20$ نسبتاً ثابت مانده است. همچنین با توجه به اینکه سطح معناداری آزمون لون بیشتر از $(p > .05)$ می‌باشد، پیش فرض تساوی واریانس‌ها تأیید شده است.

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، میانگین و انحراف معیار متغیر اضطراب شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۱ (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) در مرحله پیش‌آزمون $12/50 \pm 2/70$ ، در مرحله پس‌آزمون $4/15 \pm 1/14$ کاهش یافته است و در مرحله پیگیری نیز $4/25 \pm 1/16$ نسبتاً ثابت مانده است. در گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون $12/60 \pm 2/70$ ، در مرحله پس‌آزمون $13/01 \pm 2/61$ و در مرحله پیگیری نیز $12/75 \pm 2/48$ نسبتاً ثابت مانده است. به همین ترتیب میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای افسردگی و استرس به تفکیک گروه‌ها و مراحل مختلف

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانکوا) مربوط به متغیر هیجان‌های منفی و نشخوار فکری در مرحله پس‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذور	F	سطح معناداری	مجذوراتا
اضطراب	۸۳۰/۱۰۰	۲	۴۱۵/۰۵۰	۹۳/۶۰۲	۰/۰۰۱	۰/۷۶۷
افسردگی	۵۸۸/۷۰۰	۲	۲۹۴/۳۵۰	۱۱۰/۶۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۹۵
استرس	۵۵۹/۰۳۳	۲	۲۷۹/۵۱۷	۷۷/۳۶۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳۱
نشخوار فکری	۱۴۵۰/۸۰۰	۲	۷۲۵/۴۰۰	۳۲/۱۸۱	۰/۰۰۱	۰/۷۱۴

$p \leq .001$

شامل بیماران می‌باشد، در دو گروه کنترل و مداخله از نظر ویژگی‌های فردی، تفاوت آماری معناداری نداشته و به عبارتی دو گروه از نظر این ویژگی‌ها با هم همگن بودند؛ لذا مقایسه دو گروه با توجه به مداخله صورت گرفته، بهتر انجام شد. فرضیه پژوهش حاضر عبارت بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود پیامدهای روانشناختی و نشخوار فکری در بیماران زن مبتلا به بیماری روماتیسم بود مؤثر است. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پیامدهای روانشناختی و نشخوار فکری مؤثر است.

تحلیل‌های این مطالعه نشان می‌دهد که شرکت‌کنندگان در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل در تمامی زیر مقیاس‌های پیامدهای روانشناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) و نشخوار فکری به صورت معناداری نمرات پایین تری در ارزیابی‌های

براساس جدول بالا از آنجا که سطح معناداری در مولفه‌های اضطراب، افسردگی و استرس و نشخوار فکری کمتر از $0/01$ می‌باشد، تفاوت بین سه گروه در این مولفه‌ها تأیید می‌شود. بنابراین می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روی در تغییر این مولفه‌ها از هیجان‌های منفی (افسردگی، اضطراب، استرس) و نشخوار فکری بیماران زن مبتلا به بیماری‌های روماتیسمی تأثیر معناداری دارد.

نتیجه گیری

این مطالعه با هدف بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پیامدهای روانشناختی و نشخوار فکری در بیماران زن مبتلا به بیماری روماتیسم طراحی و اجرا گردید. در این مطالعه مشاهده شد که نتایج مربوط به مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش که

در آینده قرار است داشته باشند فکر می کنند بنابراین افراد مبتلا به بیماریهای روماتیسمی به دلیل اینکه توانایی مقابله با موقعیت‌های فعلی را ندارند، نمی توانند ارزیابی خود از مسائل را تغییر دهند و تفسیرهای نامناسب و بدبینانه ای که از جهان هستی دارند، باعث می شود از هر گونه ارزیابی و تصمیم درست سر باز زنند [۳۰].

در واقع می توان گفت که این شیوه درمان، تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی دارد تا به آنها کمک شود تا افکار آزار دهندهشان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلیشان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزشهایشان است، بپردازند. در اینجا با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه مراجعان توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند. در واقع هدف افزایش انعطاف روانشناختی این افراد بود. این رویکرد همانطور که نتایج آماری نشان داد منجر به کاهش معنی داری در افسردگی این بیماران شد. در واقع فرایندهای مرکزی ACT به افراد آموزش داد چگونه عقیده بازداری فکر را رها کنند، از افکار آزار دهنده رهایی یابند؛ به جای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرند، ارزش هایشان را تصریح کنند و به آنها بپردازند. با استفاده از این درمان، به خوبی می توان مشکلات روانشناختی مانند افسردگی و اضطراب را کاهش داد و مسبب کاهش اجتناب تجربه ای در این افراد نیز شده که نهایتاً نتایجی، از جمله افزایش امید به زندگی، وفق یافتن با شرایط، روابط بهتر با اطرافیان را در بر خواهد داشت [۳۱].

تحلیل‌های این مطالعه نشان می‌دهد که شرکت کنندگان در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل در تمامی زیر مقیاس‌های نشخوار فکری به صورت معناداری نمرات پایین‌تری در ارزیابی‌های مراحل پس‌آزمون و پیگیری داشتند. همچنین تحلیل‌های این مطالعه نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش نشخوار فکری هم در مرحله پس‌آزمون و هم پیگیری مؤثر بوده است.

نتایج به‌دست‌آمده این پژوهش با پژوهش تیلور و همکاران (۲۰۱۶)، (دیویس و همکاران، ۲۰۱۶)، مورن و همکاران (۲۰۱۷)، مورن و همکاران (۲۰۱۸)، کارلجین و کویچهس (۲۰۱۸)، تیک و کورنو (۲۰۱۸)، ایروتیک و همکاران (۲۰۱۹)، پرسمن (۲۰۱۸)، فلوگل، وینست و همکاران (۲۰۱۶)، گریکال و همکاران (۲۰۱۵)، مارتین و گارسیا (۲۰۱۴)، همسو می‌باشد.

در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اساساً در مورد گسترش هیچ وضعیت خاص و ویژه ذهن یا بدن نیست، بلکه در مورد بیدار و هوشیار بودن از آنچه در حال - در هر لحظه - رخ می‌دهد می‌باشد. با توجه کردن کامل و مستقیم تجربه (تجربه خوشایند و ناخوشایند)، احتمالاً شخص یاد می‌گیرد به‌طور متفاوتی با استرس یا درد یا هر وضعیت دیگر مرتبط شود و آن‌ها را بدون قضاوت با شکیبایی بپذیرد.

در تبیینی دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به این نکته تأکید دارد که به‌جای آنکه روی برطرف سازی و حذف عوامل آسیب‌زا

مراحل پس‌آزمون و پیگیری داشتند. بنابر این تحلیل‌های این مطالعه نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش پیامدهای روانشناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) و نشخوار فکری هم در مرحله پس‌آزمون و هم پیگیری مؤثر بوده است.

نتایج به‌دست‌آمده این پژوهش با پژوهش تیلور و همکاران (۲۰۱۶)، (دیویس و همکاران، ۲۰۱۶)، مورن و همکاران (۲۰۱۷)، مورن و همکاران (۲۰۱۸)، کارلجین و کویچهس (۲۰۱۸)، تیک و کورنو (۲۰۱۸)، ایروتیک و همکاران (۲۰۱۹)، پرسمن (۲۰۱۸)، همسو می‌باشد این یافته‌ها با مطالعات خارجی و داخلی که اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تکنیک‌های آن، بر کاهش اختلالات خلقی مانند افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلا به بیماریهای روماتیسمی را تأکید کرده بودند مطابقت دارند از جمله این پژوهش‌ها می‌توان به مطالعات هوپکو و همکاران (۲۰۱۸)، کوژر و همکاران (۲۰۱۴)، کوکر و همکاران (۲۰۱۷)، آند و ویلیامسون (۲۰۱۶)، کهرازی و همکاران (۱۳۹۶)، حسنی خیابانی و همکاران (۱۳۹۶)، بهمنی (۱۳۹۴)، پدram و همکاران (۱۳۹۴)، حیدری و همکاران (۱۳۹۴) اشاره کرد.

ملا میر و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهش خود دریافتند که روش آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد را میتوان به عنوان شیوه‌ای مؤثر و کارآمد با قابلیت کاربرد وسیع در بهبود اضطراب بیماران مبتلا به اختلال حمله هراس به کار برد. همچنین ترخان (۱۳۹۸) در مطالعه خود دریافت که روش ACT را می‌توان مداخله ای مؤثر در افزایش تنظیم هیجان و معناداری زندگی زنان افسرده به حساب آورد. در تبیین یافته‌های پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان بر روی استرس و افسردگی افراد مبتلا به روماتیسم می‌توان گفت که در این درمان افراد یاد می‌گیرند که احساساتشان را قبول کنند و بر روی آن کنترل داشته باشند بجای آنکه از احساسات خود دوری جسته و از آن فاصله داشته باشند و بیشتر به فرایندهای ذهنی و تفکرشان به واسطه پذیرش بپردازند و تفکرشان را در مسیر درست هدایت کنند. در واقع درمان پذیرش و تعهد درصدد است که به افراد کمک کند تا افکار و احساس‌شان را تجربه و در مسیر درست هدایت کنند، به جای اینکه تلاش کنند تا آنها را در مسیر نادرست هدایت کنند، از افراد خواسته می‌شود که در جهت اهداف و ارزشهایشان کم کاری نکنند و برای پذیرش مثبت و درست آن تلاش کنند. با استفاده از این درمان، با توجه به تکنیک‌های به کار برده شده و یاد گرفته شده می‌توان مشکلات روان شناختی مانند استرس و افسردگی را کاهش داد [۲۹]. همچنین در تبیین یافته‌های پژوهش مربوط بر اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر روی اضطراب می‌توان بیان کرد که این افراد با اضطراب بالایی که دارند در مقایسه با دیگران، احساس عدم کفایت و پرخاشگری بیشتر را نشان می‌دهند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تغییرات به صورت غیر مستقیم انجام می‌شود. این درمان به تغییر رفتار و افکار اقدام نمی‌کند بلکه تغییر افراد در پذیرش خود، آگاه بودن نسبت به خود و دیگران و همچنین مشاهده گر و حساس بودن نسبت به خود را به دنبال دارد. بنظر محققانسان ها زمانی دچار اضطراب خواهند شد که در مورد وضعیت فعلی و موجود خود زیاد فکر نمی‌کنند و آن را رها می‌سازند و در واقع، بیشتر در مورد نقش‌هایی که

quality, and mood in patients with rheumatic diseases: systematic review and meta-analysis. *PM&R*. 2022 Jun 20.

3. Skinner-Taylor CM, Perez-Barbosa L, Barriga-Maldonado ES, Diaz-Angulo JE, Cardenas-de la Garza JA, Corral-Trujillo ME, Galarza-Delgado DA. Postpartum depression in Mexican women with autoimmune rheumatic diseases. *Clinical Rheumatology*. 2021 Jun; 40(6):2509-12.

4. Azarfar A, Ahmed A, Bég S. Prevalence of anxiety, depression, sleep disturbance, fibromyalgia, obesity, and gastroesophageal disease in patients with rheumatic diseases. *Current Rheumatology Reviews*. 2021 May 1; 17(2):252-7.

5. Ravan JR, Chatterjee S, Singh P, Maikap D, Padhan P. Autoimmune Rheumatic Diseases Masquerading as Psychiatric Disorders: A Case Series. *Mediterranean Journal of Rheumatology*. 2021 Jun; 32(2):164.

6. Wagner JL, Chaney JM, Hommel KA, Page MC, Mullins LL, White MM, Jarvis JN. The influence of parental distress on child depressive symptoms in juvenile rheumatic diseases: the moderating effect of illness intrusiveness. *Journal of pediatric psychology*. 2003 Oct 1; 28(7):453-62.

7. DeVellis BM. Depression in rheumatological diseases. *Baillière's clinical rheumatology*. 1993 Jun 1; 7(2):241-57.

8. Kelley GA, Kelley KS. Effects of exercise on depressive symptoms in adults with arthritis and other rheumatic disease: a systematic review of meta-analyses. *BMC musculoskeletal disorders*. 2014 Dec; 15(1):1-9.

9. Ingegnoli F, Schioppo T, Ubiali T, Ostuzzi S, Bollati V, Buoli M, Caporali R. Patient perception of depressive symptoms in rheumatic diseases: a cross-sectional survey. *JCR: Journal of Clinical Rheumatology*. 2022 Jan 1; 28(1):e18-22.

10. Varan Ö, Babaoğlu H, Göker B. Associations between depressive disorders

تمرکز نماید، به فرد کمک می‌کند تا هیجانات و شناخت‌های کنترل‌شده خود را بپذیرد و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلاتشان گردیده است و منازعه با آنها دست‌بردارند [۲۷]. در طول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دیدگاه منفی نسبت به آینده، خود و دیگران همچنین نشخوارهای فکری به دیدگاه‌های مثبت تبدیل می‌شود و این موضوع باعث کاهش نگرانی و همچنین باعث افزایش در رشد استقلال فردی و سلول‌های ایمنی در افراد می‌شود. همچنین در این درمان از طریق گسلس شناختی مراجع می‌آموزد که رویدادهای درونی را همان‌طور که واقعاً هستند ببیند نه آن‌طور که خود آن رویدادها می‌گویند. بیماران بر مولفه‌های عاطفی و حسی بدنشان آگاه تر شوند و با باز گو کردن تجربیات خود، چه مثبت و چه منفی و اجازه دادن به عبور افکار بدون بر چسب زدن به این نتیجه رسیدند که افکار صرفاً افکار هستند و از انتقاد و نشخوار فکری دست برداشته و به پذیرش فعالانه و آگاهانه تجارب ناخوشایند و کاهش نگرانی دست پیدا کردند. افراد مبتلا به بیماریهای روماتیسمی به دلیل خستگی و افسردگی ناشی از بیماری بیماریهای روماتیسمی سعی می‌کنند از بسیاری از موقعیت‌هایی که باعث رشد شخصی و ارتباطات بین فردی مؤثر است اجتناب کنند. تبعات اجتناب کردن از افکار و هیجانات آزاردهنده می‌تواند محدود شدن رفتار و در نتیجه کاهش خودمختاری و احساس تسلط بر محیط و افزایش نشخوار فکری را نیز در پی داشته باشد. هدف نهایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش دادن خزانه رفتاری این افراد در برابر این افکار و هیجانات بود؛ بنابراین افراد گروه آزمایش با استفاده از تکنیک‌های این درمان توانستند به ماهیت ذهنی بودن تجارب درونی خود پی ببرند و افکار و هیجانات منفی را تعیین کننده رفتار خود ندانند و در نهایت به جای کنترل کردن این تجارب درونی سعی کردند با تغییر در رفتار خود آن را کنترل کنند [۲۶].

تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از تمامی کارکنان بیمارستان امام حسین (ع) و بیماران جهت یاری رساندن در انجام طرح، صمیمانه قدردانی نمایند.

این مقاله مستخرج از رساله دکتری تخصصی خانم زهرا روشندل در واحد اردبیل به راهنمایی خانم دکتر عنذرا غفاری، آقای دکتر رضا کاظمی و با مشاوره آقای دکتر مهریار نذر محمدی انجام گرفته است.

References

1. Davies K, Dures E, Ng WF. Fatigue in inflammatory rheumatic diseases: current knowledge and areas for future research. *Nature Reviews Rheumatology*. 2021 Nov; 17(11):651-64.
2. Casagrande PD, Coimbra DR, de Souza LC, Andrade A. Effects of yoga on depressive symptoms, anxiety, sleep

- professionals: A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2022 May 14.
18. Prudenzi A, Graham CD, Flaxman PE, Wilding S, Day F, O'Connor DB. A workplace Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention for improving healthcare staff psychological distress: A randomised controlled trial. *PloS one*. 2022 Apr 20;17(4):e0266357.
 19. Ahmed O, Faisal RA, Alim SM, Sharker T, Hiramoni FA. The psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) Bangla version. *Acta Psychologica*. 2022 Mar 1;223:103509.
 20. Khalsa AS, Weber ZA, Zvara BJ, Keim SA, Andridge R, Anderson SE. Factors associated with parenting stress in parents of 18-month-old children: Parenting stress in parents of toddlers. *Child: Care, Health and Development*. 2022 Jan 8.
 21. Khalsa AS, Weber ZA, Zvara BJ, Keim SA, Andridge R, Anderson SE. Factors associated with parenting stress in parents of 18-month-old children: Parenting stress in parents of toddlers. *Child: Care, Health and Development*. 2022 Jan 8.
 22. Stewart LC, Mennies RJ, Klein DN, Olinio TM. Measurement Invariance of Rumination Across Sex and Development from Late Childhood Through Mid-Adolescence. *Cognitive Therapy and Research*. 2022 Jun;46(3):573-9.
 23. Scaini S, Palmieri S, Caselli G, Nobile M. Rumination thinking in childhood and adolescence: a brief review of candidate genes. *Journal of Affective Disorders*. 2021 Feb 1;280:197-202.
 24. Lask LS, Moyal N, Henik A. Rumination, emotional intensity and emotional clarity. *Consciousness and Cognition*. 2021 Nov 1;96:103242.
 25. Chuang SP, Wu JY, Wang CS. Humor styles moderate the relationship between rumination and mental health in community and inflammatory rheumatic diseases. *Current Topics in Medicinal Chemistry*. 2018 Jun 1;18(16):1395-401.
 11. Skinner-Taylor CM, Perez-Barbosa L, Corral-Trujillo ME, Perez-Onofre I, Barriga-Maldonado ES, Cardenas-de la Garza JA, Riega-Torres J, Galarza-Delgado DA. Anxiety and depression in reproductive age women with rheumatic diseases. *Rheumatology International*. 2020 Sep;40(9):1433-8.
 12. Skinner-Taylor CM, Perez-Barbosa L, Barriga-Maldonado ES, Diaz-Angulo JE, Cardenas-de la Garza JA, Corral-Trujillo ME, Galarza-Delgado DA. Postpartum depression in Mexican women with autoimmune rheumatic diseases. *Clinical Rheumatology*. 2021 Jun;40(6):2509-12.
 13. Landsman A, Aidelman R, Smith Y, Boyko M, Greenberger C. Distinctive gene expression profile in women with history of postpartum depression. *Genomics*. 2017 Jan 1;109(1):1-8.
 14. Østensen M, Brucato A, Carp H, Chambers C, Dolhain RJ, Doria A, Förger F, Gordon C, Hahn S, Khamashta M, Lockshin MD. Pregnancy and reproduction in autoimmune rheumatic diseases. *Rheumatology*. 2016 Apr 1;50(4):657-64.
 15. Corwin EJ, Pajer K. The psychoneuroimmunology of postpartum depression. *Journal of women's health*. 2008 Nov 1;17(9):1529-34.
 16. Paulos-Guarnieri L, Linares IM, El Rafihi-Ferreira R. Evidence and characteristics of Acceptance and Commitment Therapy (ACT)-based interventions for insomnia: A systematic review of randomized and non-randomized trials. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2022 Jan 1;23:1-4.
 17. Arnold T, Haubrick KK, Klasko-Foster LB, Rogers BG, Barnett A, Ramirez-Sanchez NA, Bertone Z, Gaudio BA. Acceptance and Commitment Therapy informed behavioral health interventions delivered by non-mental health

- residents. SAGE Open. 2021 Oct;11(4):21582440211054477.
26. Prudenzi A, Graham CD, Clancy F, Hill D, O'Driscoll R, Day F, O'Connor DB. Group-based acceptance and commitment therapy interventions for improving general distress and work-related distress in healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2021 Dec 1;295:192-202.
27. Li H, Wong CL, Jin X, Chen J, Chong YY, Bai Y. Effects of Acceptance and Commitment Therapy on health-related outcomes for patients with advanced cancer: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2021 Mar 1;115:103876.
28. Reyes AT. The process of learning mindfulness and acceptance through the use of a mobile app based on acceptance and commitment therapy: a grounded theory analysis. *Issues in Mental Health Nursing*. 2022 Jan 2;43(1):3-12.
29. Rickardsson J, Gentili C, Holmström L, Zetterqvist V, Andersson E, Persson J, Lekander M, Ljótsson B, Wicksell RK. Internet-delivered acceptance and commitment therapy as microlearning for chronic pain: A randomized controlled trial with 1-year follow-up. *European Journal of Pain*. 2021 May;25(5):1012-30.
30. Han A, Yuen HK, Jenkins J. Acceptance and commitment therapy for family caregivers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of health psychology*. 2021 Jan;26(1):82-102.