Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Orginal Article
Volume 11, Issue 3, Autumn 2022

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Regulation of Emotion, Mindfulness and Self-Compassion in Patients with Major Depression

Dourandish F[1], Rozban S[2*], Ebrahimi Meymand F[3], Hashemipor F[4]

1- Master of Clinical Psychology, International Branch, Payam Noor University, Rome, Italy.
2- Master of Clinical Psychology, Qazvin Branch, Islamic Azad University, Qazvin, Iran.
3- Master of General Psychology, Research Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
4- Master of Clinical Psychology, Islamshahr Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Rozban S, Master of Clinical Psychology, Qazvin Branch, Islamic Azad University, Qazvin, Iran.
E-mail: mobina82.sr@gmail.com

Abstract

Introduction: Considering the wide range of symptoms and clinical characteristics of major depression, it can be said that many factors are involved in the severity of depressive episodes, their recurrence, and the extent of their consequences; Therefore, the present study was conducted with the aim of investigating the Effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive regulation of emotion, mindfulness, and self-compassion in patients with major depression.

Methods: The research was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population included all people suffering from major depressive disorder who referred to Jowan Clinic in Tehran in 2022. 30 patients with major depression were selected as a sample and randomly replaced in two experimental groups and a control group (15 people). The research tools were: cognitive emotion regulation scale, self-compassion scale, mindfulness assessment scale and therapy sessions based on parenting and commitment. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance test.

Results: The results of data analysis showed that the treatment based on parenting and commitment significantly led to the adjustment of cognitive emotion regulation strategies, increasing self-compassion and mindfulness in patients with major depressive disorder ($P<0.01$).

Conclusions: Based on the findings of the research, it can be said that the therapy based on acceptance and commitment can be used as an effective intervention to improve cognitive emotion regulation strategies, increase self-compassion and mindfulness in people with major depressive disorder.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Cognitive emotion regulation, Self-compassion, Mindfulness, Major depression.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-18]

فصلنامه مدیریت پرستاری
مقاله پژوهشی
دوره ۱۱، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۱

تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان، ذهن آگاهی و شفقت به خود در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی

فخری دوراندیش[۱]، ثریا روزبان[۲*]، فاطمه ابراهیمی میمند[۳]، فرحناز هاشمی پور[۴]

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد بین‌الملل، دانشگاه پیام نور، رم، ایتالیا.
۲- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران.
۳- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۴- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد اسلامشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: ثریا روزبان، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران.
ایمیل: mobina82.sr@gmail.com

چکیده

مقدمه: با توجه به طیف گسترده علائم و ویژگی‌های بالینی افسردگی اساسی، می‌توان گفت که عوامل زیادی در شدت دوره‌های افسردگی، عود آن‌ها و همچنین گستردگی پیامدهای آن‌ها دخالت دارند؛ از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان، ذهن آگاهی و شفقت به خود در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی انجام شد.

روش کار: پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون – پس آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه‌ی افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بودند که به کلینیک ژوان شهر تهران در سال ۱۴۰۱ مراجعه نمودند. ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به افسردگی اساسی به صورت در دسترس به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل (۱۵ نفره) جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: مقیاس تنظیم شناختی هیجان، مقیاس شفقت به خود، مقیاس ارزیابی ذهن آگاهی و جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. داده ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری منجر به تعدیل راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، افزایش شفقت به خود و ذهن‌آگاهی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی شد ($P<۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های حاصل از پژوهش می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند به عنوان مداخله‌ای مؤثر برای بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، افزایش شفقت به خود و ذهن‌آگاهی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تنظیم شناختی هیجان، شفقت به خود، ذهن‌آگاهی، افسردگی اساسی.

مقدمه

افسردگی اساسی یک اختلال روانی ناتوان کننده با نرخ شیوع ۱۷ درصد به عنوان شایع‌ترین اختلال روان پزشکی مطرح شده است. ویژگی‌های اصلی این اختلال وجود حداقل یک دوره دو هفته‌ای است که طی آن خلق افسرده یا فقدان علائق تقریبا در تمام فعالیت‌ها مشاهده می‌شود (۱). در واقع اپیزودهای افسردگی اساسی (MD) با مجموعه متنوعی از علائم و نشانه‌ها، از خلق افسرده و احساس بی ارزشی گرفته تا مشکلات اشتها و خستگی تعریف می‌شوند. این مجموعه علائم طیفی از ویژگی‌های بالینی شناختی، عاطفی و جسمی را مشخص می‌کند (۲).

با توجه به طیف گسترده علائم و ویژگی‌های بالینی افسردگی اساسی، می‌توان گفت که عوامل زیادی در

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-18]

شدت دوره‌های افسردگی، عود آن‌ها و همچنین گستردگی پیامدهای آن‌ها دخالت دارند. یکی از این عوامل تنظیم شناختی هیجان است. تنظیم شناختی هیجان می‌تواند به¬عنوان مدیریت اطلاعات برانگیخته شده هیجانی با راهبردهای شناختی هشیار تعریف شود (۳). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، به نحوه تفکر افراد پس از بروز یک تجربه منفی یا واقعه آسیب‌زا برای آنها اطلاق می‌گردد. مدیریت هیجانات به منزله فرایندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف او برعهده دارد و هر گونه شک و نقص در تنظیم هیجانات می‌تواند فرد را در برابر اختلالاتی چون اضطراب و افسردگی آسیب پذیر سازد (۴، ۵). در سال‌های اخیر نیز تنظیم هیجان به عنوان فرایند هسته‌ای در درمان و تحقیقات مربوط به آسیب شناسی مورد هدف قرار گرفته است. شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که افسردگی نه تنها به وسیله تجربه هیجانی ناهنجار شناخته می‌شود بلکه همچنین به وسیله راهبردهای ناکارآمد تنظیم شناختی هیجان نیز مشخص می شود (۶، ۷). در نمونه های بالینی استفاده بیشتر از نشخوار فکری در پاسخ به هیجانات منفی، شروع طول مدت و عود دوره های افسردگی را پیش بینی می کند (۸). بنابراین نقص در تنظیم شناختی هیجان نقش مرکزی در رشد افسردگی ایفا می‌کند.

ذهن آگاهی یکی دیگر از عواملی است که بر میزان افسردگی افراد تاثیر می‌گذارد. ذهن آگاهی به عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه که در لحظه کنونی اتفاق می‌افتد تعریف شده است که به فرد امکان می‌دهد تا به جای آنکه به رویدادها به طور غیرارادی و بی تامل پاسخ دهد، با تفکر و تامل پاسخ دهد (۹). ذهن آگاهی بالاتر، افراد را قادر می‌سازد که محتوای مخرب و الگوهای عادتی ذهن را شناسایی کنند و این گونه اطلاعات را به شیوه‌ای غیر قضاوتی مورد پردازش قرار دهند تا توانایی‌شان برای انتخاب بین گزینه‌های مختلف تسهیل شود. این رویکرد انعطاف‌پذیری فعالیت‌های شناختی را افزایش می‌دهد و نشخوارفکری، بیش تعمیمی و حافظه سرگذشتی و ارزیابی‌های خودانتقادگرایانه را کاهش و فرایندهای شناختی مفید مانند مشاهده گری غیرقضاوتی و محتواهای ذهنی را افزایش می‌دهد بنابراین برای افت خلق افسرده مفید واقع می‌شود (۱۰). پژوهش‌های متعددی حاکی از ارتباط منفی مهارت‌های ذهن آگاهی با افسردگی (۱۱،۱۲،۱۳،۱۴) است. یکی دیگر از متغیرهایی که در ارتباط با افسردگی مورد توجه قرار گرفته و پرورش آن جزء اصلی درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی برای افسردگی و اضطراب است، شفقت به خود نام دارد. نف و داهم (۱۵)، شفقت به خود را به عنوان یک شیوه پاسخ‌دهی مطلوب به شکست‌ها و پریشانی‌ها توصیف کرد که مهربانی به خود را به هنگام مواجهه با پریشانی (خودمهربانی در برابر خودقضاوتی)، درک این که افراد در تجربه دشواری‌ها تنها نیستند (تجربه مشترک بشری در برابر انزوای ادراک شده) و توجه و دقت به هر احساس پریشان کننده‌ای بدون گم شدن در آن (ذهن آگاهی در برابر همانندسازی بیش از حد) به عنوان مولفه‌های دوبخشی که ارتباط درونی با هم دارند، در نظر می‌گیرد. به عبارت دیگر شفقت به خود از طریق ایجاد مراقبت، توجه جدی به خود و پیشنهاد فرایندهای درونی دلسوزانه به تغییر افراد کمک می‌کند. پژوهش‌های گوناگونی نشان دادند که توسعه شفقت به خود به کاهش طیف وسیعی از مشکلات روان‌شناختی افرا از جمله افسردگی و اضطراب کمک شایان توجهی کرده است و عدم شفقت ورزی به خود به عنوان یک عامل آسیب‌پذیری برای افسردگی عمل کند (۱۶،۱۷). یکی از جدیدترین درمان‌های روان‌شناختی که به نقش مولفه پذیرش و به علاوه به مکانیسم‌های شناختی و هیجانی متنوع و مهم (مانند تنظیم شناختی هیجان، ذهن آگاهی و شفقت به خود) در شکل‌گیری و درمان علائم و ویژگی‌های بالینی افسردگی اساسی توجه دارد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. این مدل روان‌درمانی جدید، بخشی از موضوعی محسوب می‌شود که امروزه موج سوم درمان شناختی- رفتاری نامیده می‌شود (۱۸). در این درمان، بهجای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، فرض بر این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات یا افکار درونی خود را آزاردهنده می‌دانند و پیوسته برای تغییر این تجارب یا رهایی از آنها تلاش می‌کنند. این تلاش‌ها برای کنترل هیجانات بی تاثیر است و به طور متناقصی احساسات، هیجانات و افکاری را تشدید می‌کند که فرد در ابتدا سعی دارد از آنها اجتناب کند (۱۸). بنابراین

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-18]

این شیوه اجتناب را مشکل اصلی بیماران می‌داند که به ناتوانی و به نوعی افسردگی و نارضایتی منجر می‌شود. بنابراین برخلاف ذهن آگاهی و پذیرش، اجتناب زمانی اتفاق می‌افتد که افکار و هیجانات منفی اثری مفرط و نامناسب بر رفتار می‌گذارند. به این ترتیب روش اصلی درمان ACT این است که بیمار را با موقعیت‌های بیشتر اجتناب شده مواجه کند. ACT شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف پذیری روان‌شناختی می‌شود (پذیرش، گسلش، خود به عنوان بافتار، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد). مداخلات ACT افزایش معناداری در تمایل به مشارکت در فعالیت‌های دشوار در عین تجربه هیجانات دشوار را نشان داده‌اند (۱۹). این درمان به افراد آموزش می‌دهد تا به جای تغییر و کاهش نشانه‌ها بر ایجاد زندگی ارزشمند متمرکز شوند و افکار، احساس‌ها، خاطره‌ها و احساس‌های بدنی خود را بدون قضاوت و نیاز به دفاع در برابر آنها بپذیرند. فرایندهای مرکزی ACT به افراد می‌آموزد چگونه دست از انواع راهبردهای بازداری فکر بردارند، چگونه با افکار مزاحم آمیخته نشوند و چگونه باعث می‌شوند فرد هیجانات نامطبوع را بیشتر تحمل کند. درمان پذیرش و تعهد بر هشیاری فراگیر همراه با گشودگی بر پذیرش تاکید می‌کند (۲۰).

با توجه به اینکه افسردگی اساسی یک اختلال روانی ناتوان‌کننده و به عنوان شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی مطرح شده است، همچنین با توجه به طیف گسترده علائم و ویژگی‌های بالینی افسردگی اساسی و به علاوه دخالت مکانیسم‌های شناختی و هیجانی گوناگون در شکل‌گیری این اختلال، از این رو تمرکز بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد –که هم بعد شناختی و زبانی و هم تا حدودی بعد هیجانی در آن مورد توجه است جهت درمان افراد مبتلا به این اختلال ضروری به نظر می‌رسد؛ لذا هدف پژوهش حاضر نیز بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان، ذهن آگاهی و شفقت به خود در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی می‌باشد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون بود. جامعه آماری شامل کلیه‌ی افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بودند که به کلینیک ژوان تهران در سال ۱۴۰۱ مراجعه نموده و توسط متخصص مرکز و براساس ملاک‌های تشخیصی DSM- 5 و مصاحبه ساختاریافته (SUD) واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی تشخیص داده شده بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به افسردگی اساسی بودند که به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب گردیدند و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی و گروه کنترل تقسیم شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش در این مطالعه عبارتند از: تشخیص اختلال افسردگی اساسی، گروه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال، تحصیلات سیکل به بالا و توانایی شرکت در جلسات مداخله بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارتند از: عدم تمایل به شرکت در جلسات، غیبت بیش از یک جلسه در فرایند جلسه، وجود سایر اختلالات روان‌پزشکی.

شیوه اجرا به این صورت بود که پس از انتخاب آزمودنی‌ها و جایگزین کردن آن‌ها به دو گروه آزمایش و کنترل، ابتدا پرسشنامه‌های پژوهش اجرا گردیدند. سپس گروه آزمایش به صورت گروهی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، تحت آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد براساس بسته آموزشی پذیرش هیز و همکاران قرار گرفتند. ولی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند و درنهایت از هر دو گروه آزمایش و کنترل، پس آزمون به عمل آمد. پژوهشگران ایرانی این بسته آموزشی را بارها در زمینه متغیرهای مختلف به کار گرفته‌اند و روایی آن تایید شده است (۲۱). داده‌های به دست آمده با استفاده از کوواریانس چند متغیره تحلیل شد. محتوای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در (جدول۱) آمده است. برای گردآوری داده ها از پرسشنامه های زیر استفاده شد.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-18]

جدول ۱. خلاصه اجرای فنون درمانی ACT

جلسات	عنوان جلسه‌ها
اول	هدف: آشنایی با قوانین گروه و کلیاتی از روش ACT. محتوا: آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین گروه، اهداف و ساختار گروه، تعهدات درمانی، صحبت‌های مقدماتی درباره ACT . تغییر رفتار مورد انتظار: کسب اطلاعات در باره ACT. تکلیف خانگی.
دوم	هدف: آشنایی با برخی از مفاهیم درمانی ACT از جمله تجربه اجتناب، آمیختگی و پذیرش روانی. محتوا: سنجش مشکلات درمانجویان از نگاه ACT، استخراج تجربه اجتناب آمیختگی و ارزش‌های فرد. تهیه فهرستی از مزایا و معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات. تغییر رفتار مورد انتظار: عدم تلاش جهت اجتناب از هیجان‌های منفی. تکالیف خانگی: شناسایی موقعیت‌های اجتناب و اجازه دادن به رفت و آمد افکار منفی بدون اینکه با آنها مبارزه یا عمدا از آنها جلوگیری شود.
سوم	هدف: اجرای فنون درمانی ACT مانند جداسازی شناختی، آگاهی روانی، خودتجسمی. محتوا: بررسی تکالیف خانگی، تصریح ناکارآمدی، کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها، آموزش جداسازی شناختی، آگاهی روانی و خودتجسمی.تغییر رفتار مورد انتظار: پذیرش رفتار و هیجان منفی. تکالیف خانگی: آگاهی از اینجا و اکنون، علاقه‌مندی بهجای فرار از آنچه که هم اکنون در جریان است.
چهارم	هدف: آموزش فنون درمانی، آگاهی هیجانی، آگاهی خردمندانه (استعاره قربانی خود). محتوا: بررسی تکالیف خانگی، جداکردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت به طوری که به انعطاف‌پذیری روانی و هیجانات مثبت منجر شود. تغییر رفتار مورد انتظار: توجه به تجارب کنونی و لحظه به لحظه. تکالیف خانگی: تمرکز بر تمام حالات روانی، افکار و رفتار در لحظه بدون هیچ‌گونه قضاوتی.
پنجم	هدف: آموزش فنون درمانی خود به عنوان زمینه و تمرین فنون ذهن‌آگاهی و آموزش تحمل پریشانی. محتوا: بررسی تکالیف خانگی، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه و آموزش فنون ذهن‌آگاهی و تحمل پریشانی به منظور پذیرش هیجان‌های منفی. تغییر رفتار مورد انتظار: پذیرش هیجان‌ها و افکار منفی بدون پیش‌داوری و قضاوت. تکالیف خانگی: تلاش در جهت کسب حس تعالی‌یافته با استفاده از فنون آموزش‌دیده.
ششم	هدف: آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و روشن‌سازی ارزش‌ها و آموزش تنظیم هیجان‌ها (استعاره فنجان بد). محتوا: بررسی تکالیف خانگی، شناسایی ارزش‌های زندگی درمانجویان و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آنها. تهیهٔ فهرستی از موانع پیشرو در تحقق ارزش‌ها و ایجاد هیجان‌های مثبت. تغییر رفتار مورد انتظار: تلاش در جهت انعطاف‌پذیری روانشناختی. تکالیف خانگی: شناسایی ارزشهای شخصی اصلی و طرح‌ریزی اهداف براساس ارزش‌ها.
هفتم	هدف: آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و عمل متعهدانه و افزایش کارآمدی بین‌فردی (استعاره صفحه شطرنج). محتوا: بررسی تکالیف خانگی، ارائهٔ راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن به کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها و ایجاد حس معناداری در زندگی. تغییر رفتار مورد انتظار: کسب انعطاف‌پذیری روانشناختی. تکالیف خانگی: تلاش متعهدانه برای رسیدن به اهداف طرح‌ریزی شده براساس فنون آموزش‌دیده.
هشتم	هدف: مرور و تمرین فنون درمانی آموزش داده شده با تأکید بر تنظیم هیجان‌ها و حس معناداری در زندگی در دنیای واقعی. محتوا: بررسی تکالیف خانگی، گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها، درخواست از درمانجویان برای توضیح نتایج جلسات و اجرای فنون آموزش‌دیده در دنیای واقعی زندگی بهمنظور ایجاد حس معناداری و ایجاد هیجان‌های مثبت. تغییر رفتار مورد انتظار: رهایی از هیجان‌ها و افکار منفی و کسب انعطاف‌پذیری روانشناختی. تکالیف خانگی.

مقیاس تنظیم شناختی هیجان: پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان که توسط گارنفسکی و همکاران (۲۲) ساخته شده است، یک پرسشنامه چند بعدی است و شامل ۹ خرده مقیاس، معرف ۹ راهبرد نظم جویی شناختی هیجان می‌باشد که به دو دسته سازگارانه شامل تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد، پذیرش، دیدگاه گیری و ناسازگارانه شامل ملامت خویش، فاجعه سازی، نشخوار فکری، ملامت دیگران تقسیم می‌شوند. این پرسشنامه جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. برخلاف سایر پرسشنامه‌های مقابله‌ای که به صورت آشکار بین افکار فرد و اعمال واقعی وی تمایز قائل نمی شوند، این پرسشنامه افکار فرد را پس از مواجهه با یک تجربه منفی یا وقایع آسیب‌زا ارزیابی می‌کند. مقیاس تنظیم شناختی هیجان یک ابزار خودگزارشی است و فرم کوتاه آن دارای ۱۸ گویه است. اجرای این پرسشنامه خیلی آسان است و برای افراد ۱۲ سال به بالا (هم افراد بهنجار و هم جمعیت بالینی) قابل استفاده است با توجه به اینکه این پرسشنامه دارای پایه تجربی و نظری محکمی است (۲۳). نسخه فارسی آن در فرهنگ ایرانی توسط حسنی مورد هنجاریابی قرار گرفته است. اعتبار مقیاس براساس روش‌های همسانی درونی و روایی آن از طریق تحلیل مولفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس محاسبه شد و همبستگی خرده مقیاس‌ها و روایی ملاکی، مطلوب (۸۵/.- ۶۲/.) گزارش شده است (۲۴).

مقیاس شفقت به خود: این پرسشنامه توسط نف در سال

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-18]

۲۰۰۳ ساخته شده است که متشکل از ۲۶ گویه بوده و به صورت طیف لیکرت از (۱ تقریبا هرگز) تا (۵ تقریبا همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس ۶ مولفه دارد که عبارتند از مهربانی با خود (۵ گویه)، قضاوت در مورد خود (۵ گویه) مشترکات انسانی (۴ گویه)، انزوا (۴ گویه)، بهشیاری (۴گویه) و فزون همانندسازی (۴ گویه). پژوهش‌های گوناگون بیانگر این است که این ابزار از اعتبار هم‌زمان همگرا و واگرای مطلوبی برخوردار است و دارای پایایی بازآزمایی بالایی است. نف ضریب آلفای کرونباخ نسخه اولیه این آزمون را ۰/۹۲گزارش کرده است (۲۵). در پژوهش مومنی و همکاران (۲۶) همسانی درونی مقیاس شفقت به خود بر حسب ضریب آلفای کرونباخ و با ضریب همبستگی ۷۰/. مورد تایید قرار گرفت. ضریب همبستگی معنادار (۰/۸۹) بین نمره‌های دو نوبت آزمون با فاصله ۱۰ روز، حاکی از پایایی بازآزمایی بالای مقیاس است.

مقیاس ارزیابی ذهن آگاهی: این مقیاس توسط براون و ریان (۲۷) طراحی شده و برای سنجش ذهن آگاهی به کار می‌رود. این مقیاس از اعتبار خوبی برخوردار است، به طوری که روی هفت گروه نمونه اجرا شده و آلفای کرونباخ آن بین ۸۲/. تا ۸۷/. گزارش شده است (۲۷). روایی این مقیاس نیز در حد بالایی گزارش شده است به طوری که همبستگی بسیار بالایی (P<۰/۰۰۰۱) را با تعدادی از متغیرهای سلامت روان دارد (۲۷). همچنین روایی سازه و ملاک این مقیاس در بیماران سرطانی سنجیده شده است. نمرات بالا در مقیاس ذهن آگاهی با آشفتگی پایین خلق و نشانه‌های تنیدگی کم، مرتبط است (۲۸). این مقیاس در جامعه ایران نیز اجرا شده است و آلفای آن ۰/۸۲گزارش شد. همچنین با متغیرهای مربوط از جمله خودشناسی و سلامت روان، ارتباط معنادار نشان داده است (۲۹).

یافته‌ها

بر اساس نتایج میانگین سن گروه آزمایش ۴۳/۱۳ با انحراف معیار ۵/۵۹۲ و میانگین سن گروه کنترل ۴۳/۴۰ با انحراف معیار ۴/۸۰۸ بود. میزان تی مستقل بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین های سنی دو گروه برابر با t-test = −۰/۱۴۰ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد (P=۰/۸۹۰) که نشان دهنده همتا بودن دو گروه از نظر سن می‌باشد. همچنین از نظر تحصیلات در گروه آزمایش ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) زیر دیپلم، ۹ نفر دیپلم (۶۰ درصد) و ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) لیسانس و بالاتر بود. از نظر تحصیلات در گروه کنترل ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) زیر دیپلم، ۷ نفر دیپلم (۴۶/۷ درصد) و ۶ نفر (۴۰ درصد) لیسانس و بالاتر بود. میزان خی‌دو بدست آمده حاصل از مقایسه فراوانی‌های دو گروه در متغیر تحصیلات برابر با chi-square =۰/۶۵۰ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد (P=۰/۷۲۳) که نشان دهنده همتا بودن دو گروه از نظر تحصیلات می باشد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در گروه های آزمایش و کنترل

متغیرهای وابسته		گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان	پیش آزمون	۱۸/۸۰	۲/۲۱۰	۱۸/۰۷	۱/۳۸۷
	پس آزمون	۱۲/۶۷	۲/۳۲۰	۱۷/۵۳	۲/۲۶۴
راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان	پیش آزمون	۱۴/۶۷	۱/۷۵۹	۱۴/۵۳	۱/۹۵۹
	پس آزمون	۲۳/۰۷	۳/۱۵۰	۱۵/۲۷	۳/۲۶۲
ذهن آگاهی-تمرکز	پیش آزمون	۶/۶۷	۰/۷۲۴	۶/۸۰	۰/۶۷۶
	پس آزمون	۸/۹۳	۱/۱۶۳	۶/۸۷	۰/۷۴۳
ذهن آگاهی-غیرواکنشی بودن	پیش آزمون	۱۳/۰۰	۰/۸۴۵	۱۳/۰۰	۰/۸۴۵
	پس آزمون	۱۴/۲۰	۱/۲۶۵	۱۳/۰۷	۰/۹۶۱
ذهن آگاهی-هوشیار بودن	پیش آزمون	۲۰/۸۰	۰/۸۶۲	۲۱/۰۷	۰/۸۸۴
	پس آزمون	۲۲/۴۷	۱/۵۹۸	۲۱/۱۳	۰/۹۱۵

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-18]

شفقت به خود–مهربانی با خود	پیش آزمون	۱۳/۶۰	۰/۹۸۶	۱۳/۰۷	۰/۷۹۹
	پس آزمون	۱۵/۲۰	۰/۷۷۵	۱۳/۱۳	۰/۷۴۳
شفقت به خود–قضاوت نسبت به خود	پیش آزمون	۷/۹۳	۰/۸۸۴	۷/۶۷	۰/۸۱۶
	پس آزمون	۹/۹۳	۰/۷۰۴	۷/۹۳	۱/۰۳۳
شفقت به خود–اشتراکات انسانی	پیش آزمون	۷/۲۰	۰/۹۴۱	۷/۰۷	۰/۹۶۱
	پس آزمون	۹/۶۷	۰/۶۱۷	۷/۲۷	۱/۲۲۳
شفقت به خود–انزوا	پیش آزمون	۱۶/۰۰	۱/۰۰۰	۱۶/۲۰	۱/۲۶۵
	پس آزمون	۱۰/۶۷	۰/۹۰۰	۱۵/۶۰	۲/۲۶۱
شفقت به خود–بهشیاری	پیش آزمون	۱۱/۵۳	۰/۵۱۶	۱۲/۲۰	۰/۴۱۴
	پس آزمون	۹/۹۳	۰/۸۸۴	۱۲/۱۳	۰/۵۱۶
شفقت به خود–همانندسازی افراطی	پیش آزمون	۱۳/۰۰	۰/۸۴۵	۱۳/۰۰	۰/۸۴۵
	پس آزمون	۱۰/۴۷	۰/۹۱۵	۱۲/۸۷	۱/۱۲۵

(جدول۲) میانگین و انحراف معیار تنظیم شناختی هیجان، ذهن آگاهی و شفقت به خود در گروه های آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون را نشان می دهد. در ادامه برای استفاده از آماره استنباطی تحلیل کوواریانس چندمتغیره پیش فرض های این تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی پیش فرص توزیع طبیعی بودن (نرمال بودن) از آزمون shapiro-wilk استفاده شد که هر دو گروه آزمایش و کنترل مورد تأیید بود. پیش فرض همگنی واریانس ها (پس آزمون) با آزمون Levene بررسی شد، این پیش فرض در مرحله پس آزمون ($P>۰/۰۵$) مورد تأیید قرار گرفت. جهت بررسی پیش فرض دیگر این آزمون یعنی تساوی ماتریس کوواریانس از آزمون ام باکس استفاده شد که از لحاظ آماری معنی دار نبود و این به معنی برقراری مفروضه تساوی ماتریس های واریانس و کوواریانس می‌باشد ($F=۱/۱۲۶$، $P=۰/۲۴۵$). از آنجایی که پیش فرض ها برقرار بودند، لذا می توان از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده کرد و نتایج آن قابل اطمینان می‌باشد که نتایج آن در جدول ۳ و ۴ آمده است.

جدول ۳. نتایج آزمون های چند متغیره پس آزمون تنظیم شناختی هیجان، ذهن آگاهی و شفقت به خود

نوع آزمون	مقدار	آزمون F	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۸۰۵	۲/۸۸۴	۰/۰۰۱	۰/۸۰۵	۰/۵۸۵
لامبدای ویلکز	۰/۱۹۵	۲/۸۸۴	۰/۰۰۱	۰/۸۰۵	۰/۵۸۵
اثر هتلینگ	۴/۱۲۱	۲/۸۸۴	۰/۰۰۱	۰/۸۰۵	۰/۵۸۵
بزرگترین ریشه روی	۴/۱۲۱	۲/۸۸۴	۰/۰۰۱	۰/۸۰۵	۰/۵۸۵

نتایج (جدول۳) بیانگر آن است که لامبدای ویلکز ($P=۰/۰۰۱$ و $F=۲/۸۸۴$) معنادار است. نتایج موید آن است که بین گروه–های آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون تنظیم شناختی هیجان، ذهن آگاهی و شفقت به خود با کنترل (حذف یا کووریت) پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته ایجاد شده است و ضریب تاثیر نشان می دهد که ۸۰/۵ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخلات آزمایشی است. بعد از این، به بررسی این موضوع باید پرداخته شود که آیا هریک از متغیرهای وابسته به طور جداگانه از متغیر مستقل (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) اثر پذیرفته است یا خیر؟ بدین منظور از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شده است که نتایج آن در (جدول۴) ارائه شده است.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-18]

جدول ۴. نتایج اثرات بین آزمودنی تحلیل کوواریانس چندمتغیره تنظیم شناختی هیجان، ذهن آگاهی و شفقت به خود

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	آماره F	معناداری	ضریب تاثیر	توان آماری
راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان	۲۳/۶۵۷	۱	۴/۸۴۱	۰/۰۴۳	۰/۲۳۲	۰/۵۴۳
راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان	۴/۸۰۴	۱	۱۱/۷۸۴	۰/۰۰۳	۰/۴۲۴	۰/۸۹۶
ذهن آگاهی-تمرکز	۹/۸۹۸	۱	۱۸/۲۴۴	۰/۰۰۱	۰/۵۳۳	۰/۹۷۹
ذهن آگاهی-غیرواکنشی بودن	۵/۹۴۵	۱	۸/۷۴۰	۰/۰۰۹	۰/۳۵۳	۰/۷۹۳
ذهن آگاهی-هوشیار بودن	۴۴/۶۵۱	۱	۲۴/۲۱۵	۰/۰۰۱	۰/۶۰۲	۰/۹۹۶
شفقت به خود-مهربانی با خود	۹/۰۱۶	۱	۲۷/۹۷۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳۶	۰/۹۹۹
شفقت به خود-قضاوت نسبت به خود	۹/۵۳۵	۱	۱۵/۱۲۳	۰/۰۰۱	۰/۴۸۶	۰/۹۵۴
شفقت به خود-اشتراکات انسانی	۹/۹۸۰	۱	۸/۳۹۳	۰/۰۱۱	۰/۳۴۴	۰/۷۷۶
شفقت به خود-انزوا	۳/۹۶۰	۱	۴/۳۲۴	۰/۰۴۴	۱/۲۱۳	۰/۴۹۸
شفقت به خود-بهشیاری	۴/۴۲۳	۱	۲/۸۳۵	۰۴۲۰	۰/۱۵۱	۰/۳۵۳
شفقت به خود-همانندسازی افراطی	۳۱/۹۸۲	۱	۶/۵۴۵	۰/۰۲۱	۰/۲۹۰	۰/۶۷۱

چنانچه در (جدول ۴) مشاهده می شود استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان، ذهن آگاهی و شفقت به خود در مرحله پس آزمون تاثیر دارد.

بحث

هدف از پژوهش حاضر تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان، ذهن آگاهی و شفقت به¬خود در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی بود. نتایج یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث تعدیل راهبردهای نظم‌جویی‌شناختی هیجان، افزایش معنی‌دار مقیاس ذهن آگاهی و شفقت به خود در بیماران مبتلا به افسردگی شده است. نتایج این یافته‌ها با پژوهش‌های (۶، ۷، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۱۸،۲۰) به صورت مستقیم و غیرمستقیم همسو است. در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اختلالات رفتاری و روانی مثل افسردگی محصول تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجان‌های منفی، اجتناب از تجارب درونی، عدم انجام فعالیت‌های مهم و ارزشمند زندگی است. لذا در ACT بر تغییر رابطه افراد افسرده با تجارب درونی و اجتناب‌هایش تاکید می‌شود (۱۸). به همین دلیل در جلسات درمانی از فنونی همانند پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خودتجسمی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه به ارزش‌ها، آگاهی هیجانی، آموزش تحمل پریشانی و آموزش تنظیم هیجان استفاده می‌شود. این فنون به تغییر روابط افراد افسرده با تجارب درونی، کاهش اجتناب تجربی، افزایش انعطاف‌پذیری و کنش‌های مثبت روان‌شناختی در موقعیت‌های مختلف به خصوص موقعیت‌های استرس‌آفرین زندگی منجر می‌شود. در سبب‌شناسی افراد افسرده می‌توان گفت که معمولا این گونه افراد در تنظیم هیجان‌های خود در شرایط مختلف زندگی و به ویژه در موقعیت‌های استرس‌زا دچار مشکل هستند و سعی در کنترل، سرکوب و یا تنظیم نادرست هیجانات خود هستند. بنابراین در این رویکرد به افراد افسرده آموخته می‌شود که هرگونه عملی برای اجتناب و یا کنترل تجارب ذهنی ناخوشایند و ناخواسته نه تنها بی‌اثر است، بلکه اثر معکوس داشته و موجب تشدید استرس آن‌ها می‌شود. لذا به افراد افسرده کمک می‌شود تا افکار آزاردهنده را صرفا به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمدی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن‌ها، کاری را انجام دهند که در زندگی‌شان مهم و در راستای ارزش‌های آن‌ها است. این نوع تغییر نگاه و رابطه افراد افسرده با تجارب درونی و اجتناب‌های خود، بعد از مدتی موجب می‌شود ذهن خود را از فعالیت‌ها، اهداف و برنامه‌های‌شان معطوف کنند و نتایج هیجانی مثبت و بهتری کسب کنند و به عبارت بهتر سبب تعدیل راهبردهای تنظیم شناختی هیجان می‌شود. همچنین یکی از بخش‌های مهم ACT در راستای پژوهش (۱۰)، درک ماهیت انطباقی هیجان‌ها و افزایش آگاهی هیجانی با استفاده از مداخلات مختلف ذهن‌آگاهی است. در واقع مهارت‌های ذهن آگاهی یکی از فنونی است که پیش‌بینی‌کننده رفتار خودتنظیمی

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-18]

و حالات هیجانی مثبت در افراد افسرده است. چرا اینکه این مهارت از یک سو باعث ارزیابی شناختی هیجان‌ها، کاهش هیجانات منفی و رفتارهای سازگارانه می‌شود و از سوی دیگر به آگاهی از هیجان‌ها، پذیرش آن‌ها و ابراز هیجان‌ها مخصوصا هیجان مثبت در موقعیت‌های مختلف زندگی منجر می‌شود.

همان‌طور که ذکر شد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد علاوه بر تنظیم شناختی هیجان، بر افزایش ذهن آگاهی، مشاهده، توصیف و نداشتن واکنش تجربه دونی تاثیر داشته است که با نتایج پژوهش‌های (۱۱، ۱۲،۱۳،۱۴) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف پذیری روان‌شناختی، توجه به حضور و حضور در لحظه و شکل‌گیری و درگیری در ارزش‌های شخصی مراجعان را افزایش می‌دهد (۱۸). افراد افسرده همواره در افکار تکرار شونده و گذشته خود غرق هستند و سعی در اجتناب از تجارب خود دارند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی جلسات، حضور در لحظه را با استفاده از استعاره‌های مختلف آموزش می‌دهند؛ لذا تماس با اینجا و اکنون، اجتناب‌ها و کشمکش‌ها را تضعیف می‌کند. بنابراین تاکید بر وجه اقدام آگاهانه ذهن‌آگاهی افراد افسرده در این رویکرد، به افزایش ذهن‌آگاهی منجر می‌شود؛ لذا بالا بودن ذهن‌آگاهی باعث می‌شود فرد این توانایی را در خود بهبود ببخشد که در برابر افسردگی حالتی مشاهده‌گر داشته باشد و خود را درگیر نکند. درواقع مولفه‌های ذهن‌آگاهانه این رویکرد، اجازه پذیرش و تصدیق دردناک ترین هیجان‌ها را به فرد می‌دهد، بدون اینکه اسیر آن‌ها شود. بنابراین این رویکرد با اجرای تکنیک‌هایی که مربوط به مولفه ذهن آگاهی هستند، باعث کاهش علائم افسردگی و اضطراب در فرد می‌گردد. ذهن‌آگاهی موجب توقف چرخه تجارب منفی مانند نشانه‌های افسردگی و نشخوارگری یک رویداد در گذشته می‌شود؛ زیرا ذهن آگاهی فرایندی است که از طریق آن فرد ثبات کارکردی خود را حفظ کرده و امکان انعطاف‌پذیری در موقعیت‌های جدید را فراهم می‌آورد و بدین ترتیب آمیختگی شناختی خود را کاهش می‌دهد (۲۰). به طور کلی، افراد با ذهن آگاهی بالا در مواجهه با دامنه وسیعی از افکار، هیجانات و تجربه‌های خوشایند و ناخوشایند تواناتر هستند و خودنظم‌دهی بیشتری دارند (۱۱). همچنین افزایش ذهن آگاهی به واسطه مداخلات ACT به پرورش ویژگی‌های مثبتی مانند بینش، خرد، شفقت، تعادل و خونسردی منجر می‌شود و افزایش این مولفه‌ها به نوعی، پادزهری برای افسردگی تلقی می‌شوند.

همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش معنادار شفقت به خود در افراد مبتلا به افسردگی اساسی می‌شود. این یافته‌ها نیز به صورت مستقیم و غیرمستقیم با پژوهش‌های (۱۵،۱۶،۱۷) همسو است. مولفه‌های شفقت به خود از جمله مهربانی با خود، مشترکات انسانی و هشیاری تحت تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش یافته و قضاوت در مورد خود، انزوا و فزون همانندسازی کاهش یافته است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد افسرده می‌آموزد تا با ساختن ارزش‌های اصیل شخصی، خویشتن خویش را بسازند و از همانندسازی و مقایسه زیاد خود با دیگران بپرهیزند که یکی از مولفه‌های اساسی خودانتقادی و افسردگی در افراد است. آموزش پذیرش تعهد به جای نادیده گرفتن هیجانات و تجارب درونی، برعکس، با گرایش دادن فرد به سوی آگاه شدن از احساسات، تجارب درونی و هیجانی و پذیرش آن‌ها و استفاده به جا و متناسب از آن‌ها با خود و تجارب درونی‌اش و درنتیجه با موقعیت‌ها و تعاملاتش ارتباط مناسبی برقرار می‌کند و با نگاهی تازه آن‌ها را تجربه می‌کند. این موضوع باعث احساس بهزیستی روان‌شناختی در فرد می‌شود. درواقع این رویکرد براساس نوع نگاهی که به افراد می‌دهد بر افزایش شفقت به خود تاثیرگذار است، زیرا بازداری افکار هیجانی، به‌خصوص افکاری که هیجان‌های منفی را بر می‌انگیزاند، اغلب از روش‌هایی است که خلق را تنظیم کرده و اضطراب و افسردگی را کاهش می‌دهد (۱۵). در واقع به واسطه این رویکرد، افزایش شفقت به خود سبب می‌شود که رفتار توام با مراقبت به جای ضربه زدن به خود یا انتقادهای شدید از خود، به نوعی تحمل رنج‌های ذهنی هیجانی را به همراه داشته باشد که بخشی از تجربه‌های انسانی است. به‌علاوه این امر باعث می‌شود که افراد درک کنند که تنها نیستند و دیگران نیز تجربه مشابهی دارند و در نتیجه این شیوه به مدد اصل اشتراکات انسانی، می‌تواند اثربخش باشد. به طور کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با فعال‌سازی عمدی سامانه شفقت، شجاعت و انعطاف‌پذیری لازم برای روبه‌رو شدن با چالش‌های زندگی را فراهم می‌کند تا افراد بتوانند گام مهمی به سوی زندگی معنادار و با نشاط بردارند. شفقت، درواقع احساسی بیش از مهربانی است و دسته‌ای از

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-18]

نگرش‌هـا، ویژگی‌هـا و ظرفیت‌هـا را دربـر می‌گیـرد.

نتیجه‌گیری

بـه طـور کلـی نتایـج نشـان داد کـه درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد در تعدیـل راهبردهـای تنظیـم شـناختی هیجـان و افزایـش ذهـن آگاهـی و شـفقت بـه خـود در بیمـاران مبتـلا بـه افسـردگی اساسـی نقـش معنـاداری دارد. در واقـع ACT بـه جـای آمـوزش راهبردهـای بیشـتر یـا بهتـر بـرای تغییـر یـا کاهـش افـکار و احساسـات ناخواسـته، بـه افـراد افسـرده آمـوزش می‌دهـد تـا بـرای آگاهـی و مشـاهده افـکار و احساسـات منفـی، همان‌گونـه کـه هسـتند، مهـارت کسـب کننـد. در ایـن روش افـراد نـه تنهـا بـه عنـوان افـرادی شکسـت خـورده، آسـیب‌دیده و ناامیـد نگریسـته نمی‌شـوند، بلکـه بـه عنـوان انسـان‌هایی نگریسـته می‌شـوند کـه قـدرت رویارویـی فعـال و موثـر بـا احساسـات و رفتارهـای منفـی خـود را دارنـد. در واقـع یکـی از بخش‌هـای مهـم ACT درک ماهیـت انطباقـی هیجان‌هـا و افزایـش آگاهـی و تنظیـم هیجـان بـا اسـتفاده از مداخـلات مختلـف ذهن‌آگاهـی اسـت. بـه عـلاوه ایـن رویکـرد بـا فعال‌سـازی عمـدی سـامانه شـفقت، شـجاعت و انعطاف‌پذیـری لازم بـرای روبـه‌رو شـدن بـا چالش‌هـای زندگـی را فراهـم می‌کنـد. بنابرایـن بدیـن شـیوه ایـن رویکـرد سـعی در تعدیـل راهبردهـای تنظیـم شـناختی هیجـان و افزایـش ذهـن آگاهـی و شـفقت بـه خـود دارد. ایـن پژوهـش نیـز هماننـد سـایر پژوهش‌هـا بـا محدودیت‌هایـی روبـه‌رو بـود؛ ازجملـه اینکـه از مقیاس‌هـای خودگزارشـی اسـتفاده شـده اسـت و بنابـر دلایلـی انجـام دوره پیگیـری امکان‌پذیـر نبـود. پیشـنهاد می‌شـود کـه از روش جمع‌آوری اطلاعـات بـه صـورت مصاحبـه فـردی و مشـاهده اسـتفاده شـود و بـه عـلاوه پیشـنهاد می‌شـود کـه در پژوهش‌هـای آتـی دوره پیگیـری لحـاظ گـردد و بـا لحـاظ نمـودن ایـن متغیرهـا و ایـن نـوع درمـان، اثربخشـی آن بـر روی سـایر اختـلالات نیـز بررسـی شـود.

سپاسگزاری

از تمامـی بیمـاران مبتـلا بـه افسـردگی کـه در ایـن پژوهـش همـکاری داشـته‌اند، صمیمانـه تقدیـر و تشـکر می‌کنیـم.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

References

1. Hasani J, Hasani R. The effectiveness of acceptance and commitment therapy in cognitive estimation of patients with bipolar I and major depressive disorder. EBNESINA. 2018; 20 (2):36-45.
2. Van Loo HM, Aggen SH, Kendler KS. The structure of the symptoms of major depression: Factor analysis of a lifetime worst episode of depressive symptoms in a large general population sample. Journal of Affective Disorders. 2022 Jun 15; 307:115-24.
3. Megreya AM, Al-Attiyah AA, Moustafa AA, Hassanein EE. Cognitive emotion regulation strategies, anxiety, and depression in mothers of children with or without neurodevelopmental disorders. Research in Autism Spectrum Disorders. 2020 Aug 1; 76:101600.
4. Psouni E, Frisk C, Brocki K. Anxiety among fathers in the postnatal period: Links to depression, attachment insecurity and emotion regulation. Journal of Affective Disorders Reports. 2021 Dec 1; 6:100276.
5. Wainsztein AE, Castro MN, Goldberg X, Camacho-Téllez V, Vulcano M, Abulafia C, Ladrón-de-Guevara S, Cardoner N, Nemeroff CB, Menchón JM, Soriano-Mas C. Childhood adversity modulation of central autonomic network components during cognitive regulation of emotion in major depressive disorder and borderline personality disorder. Psychiatry Research: Neuroimaging. 2021 Dec 30; 318:111394.
6. Stubberud J, Huster R, Hoorelbeke K, Hammar Å, Hagen BI. Improved emotion regulation in depression following cognitive remediation: A randomized controlled trial. Behaviour Research and Therapy. 2021 Dec 1; 147:103991.
7. Huh HJ, Kim KH, Lee HK, Chae JH. The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. Journal of affective disorders. 2017 Apr 15; 213:44-50.
8. Moretta T, Benvenuti SM. Early indicators of vulnerability to depression: The role of rumination and heart rate variability. Journal of Affective Disorders. 2022 Sep 1; 312:217-24.
9. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-18]

present: mindfulness and its role in psychological well-being. Journal of personality and social psychology. 2003 Apr; 84(4):822.
10. Webb CA, Beard C, Forgeard M, Björgvinsson T. Facets of mindfulness predict depressive and anxiety symptom improvement above CBT skills. Mindfulness. 2019 Mar; 10(3):559-70.
11. Mayer B, Polak MG, Remmerswaal D. Mindfulness, interpretation bias, and levels of anxiety and depression: Two mediation studies. Mindfulness. 2019 Jan; 10(1):55-65.
12. Schneider MN, Zavos HM, McAdams TA, Kovas Y, Sadeghi S, Gregory AM. Mindfulness and associations with symptoms of insomnia, anxiety and depression in early adulthood: a twin and sibling study. Behaviour Research and Therapy. 2019 Jul 1; 118:18-29.
13. Calvete E, Morea A, Orue I. The role of dispositional mindfulness in the longitudinal associations between stressors, maladaptive schemas, and depressive symptoms in adolescents. Mindfulness. 2019 Mar; 10(3):547-58.
14. Perepelkin J, Antunes K, Boechler L, Remillard AJ, Mildenberger L. Providing mindfulness meditation for patients with depression and anxiety in a community pharmacy: A pilot study. Journal of the American Pharmacists Association. 2019 Mar 1; 59(2):258-64.
15. Neff KD, Dahm KA. Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. InHandbook of mindfulness and self-regulation 2015 (pp. 121-137). Springer, New York, NY.
16. Hofmann SG, Grossman P, Hinton DE. Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions. Clinical psychology review. 2011 Nov 1; 31(7):1126-32.
17. Krieger T, Berger T, grosse Holtforth M. The relationship of self-compassion and depression: Cross-lagged panel analyses in depressed patients after outpatient therapy. Journal of affective disorders. 2016 Sep 15; 202:39-45.
18. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior therapy. 2004 Sep 1; 35(4):639-65.
19. Wharton, E., Edwards, K. S., Juhasz, K., & Walser, R. D. (2019). Acceptance-based interventions in the treatment of PTSD: Group and individual pilot data using acceptance and commitment therapy. Journal of Contextual Behavioral Science, 14, 55-64.
20. Flujas-Contreras, J. M., & Gomez, I. (2018). Improving flexible parenting with acceptance and commitment therapy: A case study. Journal of Contextual Behavioral Science, 8, 29-35.
21. Al Yassin, S., Davoodi, H., Nematollahi, M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on the Psychological Well-Being and Resilience of Type 2 Diabetic Women. medical journal of mashhad university of medical sciences, 2020; 62(5.1): -. doi: 10.22038/mjms.2020.18950
22. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Personality and Individual differences. 2001 Jun 1; 30(8):1311-27.
23. Garnefski N, Kraaij V. The cognitive emotion regulation questionnaire. Eur J Psychol Assess. 2007; 23(3): 141-149.
24. Hasani J. The psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ). Journal of Clinical Psychology. 2010; 2(3): 73–84. [Persian].
25. Neff KD. The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. Mindfulness. 2016; 7(1): 264-274. [Link]
26. Momeni F, Shahidi S, Motaei F, Heidari M. Psychometric Properties of the Persian Version of the Self-Compassion Scale, Contemporary Psychology. 2013; 8(2); 40-27. (In Persian)
27. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological wellbeing. J Pers Soc Psychol. 2003; 84(4): 822–848.
28. Carlson LE, Brown KW. Validation of the mindful attention awareness scale in a cancer population. J Psychosom Res. 2005; 58(1): 29–33.
29. Ghasemipour Y, Ghorbani N. Mindfulness and basic psychological needs among patients with coronary heart disease. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2010; 16(2): 154-162. [Persian].

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-18]