

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی هیجانی و افکار خودکشی در زنان مبتلا به اختلال افسردگی شهرستان قائمشهر

سیده مریم موسوی بورخیلی

کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد آیت آملی، آمل، ایران

ارسلان خان محمدی اطاقسرا

عضو هیأت علمی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد آیت آملی، آمل، ایران (نویسنده مسوول)

محسن دهقان حداد

استاد مدعو گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد آیت آملی، آمل، ایران

The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on emotional self-regulation and suicidal thoughts in women with depressive disorder in Qaemshahr city

Seyedeh Maryam Mousavi Borkhili

Master of Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Ayat Amoli Branch, Amol, Iran

Arsalan Khanmohammadi Otaghsara

Faculty member, Department of Psychology, Islamic Azad University, Ayat Amoli Branch, Amol, Iran

Mohsen Dehghan Haddad

Visiting Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Ayat Amoli Branch, Amol, Iran

Abstract

The aim of the present study was the effectiveness of acceptance and commitment therapy on emotional self-regulation and suicidal thoughts in women suffering from depression in Qaimshahr city. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of the present study included all women suffering from depression in 1401-1402, who referred to the psychology and micro-counseling center in Qaemshahr city for counseling. 30 women were selected by available sampling and randomly assigned to two experimental (15 people) and control (15 people) groups. Beck's depression questionnaire (1996), Beck's suicidal thoughts (1979) and Hoffman and Kashden's emotional self-regulation (2010) were used to collect data. The people of the experimental group underwent therapeutic sessions based on acceptance and commitment by Walls and Sorel (2007) in the form of 8 90-minute sessions. In order to analyze the data, descriptive (mean, standard deviation) and inferential (multivariate covariance analysis) methods were used with SPSS version 25 software. Based on the results of the treatment based on acceptance and commitment, it was effective on the linear combination of variables of suicidal thoughts and emotional self-regulation of women with depression. In other words, treatment based on acceptance and commitment led to the reduction of suicidal thoughts and emotional self-regulation with the strategy of concealment and the increase of emotional self-regulation with the strategy of work compromise and tolerance in women suffering from depression.

Keywords: *treatment based on acceptance and commitment, emotional self-regulation, suicidal thoughts, depressive disorder*

چکیده

هدف پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی هیجانی و افکار خودکشی در زنان مبتلا به اختلال افسردگی شهرستان قائم شهر بود. روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی زنان مبتلا به اختلال افسردگی در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بودند که جهت مشاوره به مرکز روانشناسی و مشاوره خرد در شهرستان قائم شهر مراجعه کردند. ۳۰ نفر از زنان به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفره) و کنترل (۱۵ نفره) به صورت تصادفی گمارده شدند. از پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۹۶)، افکار خودکشی بک (۱۹۷۹) و خودتنظیمی هیجانی هافمن و کاشدن (۲۰۱۰) جهت جمع آوری داده ها استفاده شد. افراد گروه آزمایش تحت جلسه های درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد والز و سورل (۲۰۰۷) در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای قرار گرفتند. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش های آماری توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل کوواریانس چند متغیره) با نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ استفاده شد. براساس نتایج درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ترکیب خطی متغیرهای افکار خودکشی و خودتنظیمی هیجانی زنان مبتلا به اختلال افسردگی موثر بود. به عبارتی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش افکار خودکشی و خودتنظیمی هیجانی با راهبرد پنهان کاری و افزایش خودتنظیمی هیجانی با راهبرد سازش کاری و تحمل زنان مبتلا به اختلال افسردگی گردید.

کلید واژه: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خودتنظیمی هیجانی، افکار خودکشی اختلال افسردگی

مقدمه

اختلال افسردگی^۱ یکی از شایع ترین اختلالات روانپزشکی در افراد است که بر رشد روانی اجتماعی آنان تأثیر منفی می گذارد (واگنر و همکاران^۲، ۲۰۲۰). علاوه بر این باعث واکنش عاطفی می شود که می تواند در نتیجه برداشت منفی از خود، احساس شکست، احساس از دست دادن و یا احساس بی ارزشی در فرد ایجاد کند (اوتو و همکاران^۳، ۲۰۱۶). اختلال افسردگی در اثر عوامل مختلفی ایجاد می شود و افکار خودکشی^۴ زنان را افزایش می دهد (کو و کیم^۵، ۲۰۲۰). خودکشی یک مسئله مهم و جدی ایمنی عمومی است که می تواند در طول زندگی رخ دهد. این بیماری حتی به دومین عامل مرگ و میر در بین جوانان ۱۵ تا ۲۹ ساله در سطح جهان تبدیل شده است (سازمان جهانی بهداشت^۶، ۲۰۱۹). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی سالانه حدود ۸۰۰۰۰۰ خودکشی در سراسر جهان رخ می دهد اما مطالعات نشان می دهد که میزان خودکشی اغلب کمتر گزارش می شود (آردیتی-آربل و همکاران^۷، ۲۰۲۳). افکار خودکشی به عنوان یک عامل کلیدی پیش بینی کننده تلاش های بعدی خودکشی و تکمیل خودکشی در نظر گرفته می شود (ژانگ و همکاران^۸، ۲۰۲۲). در نتیجه، درک عوامل خطر مرتبط با شروع افکار و رفتارهای خودکشی بسیار مهم است (فرانکلین و همکاران^۹، ۲۰۱۷). افکار خودکشی و تلاش ها به شدت با خودکشی کامل مرتبط هستند و از نظر اثرات نامطلوب روانی اجتماعی، ناتوانی طولانی مدت و افزایش هزینه های مراقبت بهداشتی به بار بزرگ بیماری کمک می کنند. در کشورهای با درآمد بالا، تعداد مردان در مرگ و میر خودکشی از زنان بیشتر است. در حالی که یافته ها و افکار خودکشی در زنان بسیار شایع تر است (لاوستداد و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۹). وقوع خودکشی در میان زنان مبتلا به اختلال افسردگی قابل توجه است و یکی از ناراحت کننده ترین پیامدهای افسردگی است. بدیهی است که خودکشی نتیجه نهایی احساس ناامیدی، بی ارزشی و ناتوانی فرد است (باشا و همکاران^{۱۱}، ۲۰۲۱).

از سویی دشواری در تنظیم هیجانی با افسردگی ارتباط معناداری دارد. به طوری که مطالعات نشان داده اند توانایی تنظیم هیجانی با عملکرد اجتماعی، فردی، وضعیت عاطفی، سطح شناختی و رشد تحصیلی ارتباط معناداری دارد. علاوه بر این دشواری تنظیم هیجانی، تجربه عاطفی ذهنی فرد را بدتر می کند و به تدریج احساسات منفی او را گسترش می دهد و علائم افسردگی را تشدید می کند (ژانگ و همکاران^{۱۱}، ۲۰۲۲). اختلال تدریجی خودتنظیمی هیجانی^{۱۲} به عنوان یک فرآیند اصلی اساسی برای بهبود و تداوم اختلالات روانی در نظر گرفته می شود (اسلوان و همکاران^{۱۳}، ۲۰۱۵). خودتنظیمی هیجانی به عنوان توانایی مدیریت و کنترل احساساتی که برای شکل دادن به تجربیات عاطفی بیان می شوند، تعریف می شود (باندا^{۱۴}، ۲۰۱۹). به طور کلی، افرادی که از افسردگی رنج می برند ممکن است در تنظیم هیجانی منفی با مشکلاتی مواجه شوند (هرویگ و همکاران^{۱۵}، ۲۰۱۸) و علائم کاهش احساسات مثبت را نشان دهند (جورمن و استانتون^{۱۶}، ۲۰۱۶). به عنوان مثال، موریش و همکاران^{۱۷} (۲۰۱۸) در بررسی خود به این نتیجه رسیدند که خودتنظیمی هیجانی سازگار با انعطاف پذیری بیشتر و بهزیستی روانشناختی بهتر مرتبط است و می تواند تأثیر رویدادهای استرس زا را خنثی کند. افسردگی یک بیماری روانی است که سلامت جسمی و روانی زنان را به طور جدی تحت تأثیر قرار می دهد. بنابراین، توسعه مداخلات

تعهد در پیشگیری از اقدام مجدد خودکشی در پی گیری های یک ساله اشاره دارد همچنین پژوهش دوکاس و همکاران^{۳۳} (۲۰۱۴) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش شدت افکار خودکشی، ناامیدی و پریشانی روانشناختی در افراد می شود. از سوی دیگر پژوهش ها حاکی از اثربخشی این شیوه ی درمانی در تنظیم هیجان در اختلالات مختلف است. در این راستا پژوهش داویدس و همکاران^{۳۴} (۲۰۱۵) نشان داد که بد تنظیمی هیجانی یکی از شاخص های اصلی اختلالات اضطرابی است و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش آن موثر است. همچنین اسپیدل و همکاران^{۳۵} (۲۰۱۸) درمان پذیرش و تعهد موجب تنظیم هیجان افراد دارای تجارب ترومای دوران کودکی می شود و پذیرش این هیجان منفی به دنبال درمان پذیرش و تعهد در این افراد افزایش می یابد. رویز و همکاران^{۳۶} (۲۰۱۸) نیز در پژوهشی نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد بر افکار و هیجان منفی اختلالات هیجانی موثر است. با توجه به مباحث فوق؛ افسردگی رایج ترین اختلال روانی است که اخیراً به شدت رو به افزایش است و با وجود تحقیقات دامنه دار در مورد علل، علائم و طرق درمان آن متأسفانه در بیشتر جوامع امروزی از جمله جامعه ایران توجه زیادی به آن مبذول نشده است. به طوری که افسردگی سومین مشکل سلامتی در ایران و شیوع آن در جمعیت های مختلف ایرانی از ۵/۶۹ تا ۷۳ درصد متغیر و در زنان و دختران بیشتر از مردان است. در نتیجه نیازمند توجه به مداخلات درمانی در این زمینه می باشد. ازین رو پژوهش حاضر با هدف بررسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی هیجانی و افکار خودکشی در زنان مبتلا به اختلال افسردگی انجام پذیرفت

مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نوع مطالعات نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی زنان مبتلا به اختلال افسردگی شهرستان قائم شهر در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ می باشد که جهت مشاوره به مرکز روانشناسی و مشاوره خرد در شهرستان قائم شهر مراجعه کردند که تعداد آنان بر اساس پرونده پزشکی موجود در مرکز برابر با ۶۰ نفر می باشد. براساس حجم جامعه آماری و از بین زنان مبتلا به اختلال افسردگی تعداد ۴۷ نفر که معیارهای لازم برای ورود به پژوهش را داشتند، ۳۰ نفر از زنان با روش نمونه گیری در دسترس براساس نقطه برش کسب شده در پرسشنامه افسردگی بک (نمره ۱۳) و معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره (آزمایش) و ۱۵ نفره (کنترل) تقسیم شدند. گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرده است در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نمودند. همچنین از تمامی افراد جهت شرکت در این مطالعه رضایت نامه

پیشگیرانه متنوع مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۱۸} از اهمیت بالایی برخوردار است. در سال های اخیر موج سوم درمان های شناختی رفتاری برای اختلالات روانی مورد استفاده قرار گرفته است. این مداخلات درمان شناختی رفتاری برای مدیریت درد در بیماران دارای اختلال افسردگی نیز مفید است (طاهری و همکاران، ۲۰۲۰). درمان پذیرش و تعهد یک درمان شناختی رفتاری موج سوم است که نشان داده شده است هم شرایط روحی و هم جسمی از جمله اضطراب، افسردگی، استرس و درد مزمن را بهبود می بخشد. هسته اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، استراتژی مقابله با افکار، احساسات و احساسات بدنی بد درونی از طریق تمرین ذهن آگاهی و انعطاف روانی است. استراتژی هایی برای تقویت انعطاف پذیری روان شناختی شامل پذیرش، انتشار شناختی، حضور، خود به مثابه زمینه، ارزش ها و اقدام متعهدانه است (چیو و همکاران^{۱۹}، ۲۰۲۳). تعداد فزاینده ای از شواهد و پژوهش ها نشان می دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند علائم افسردگی، اضطراب، استرس و پریشانی روانی را کاهش دهد و کیفیت زندگی را در جمعیت های مختلف بهبود بخشد (بای و همکاران^{۲۰}، ۲۰۲۰). به عنوان مثال فیض اللهی و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهش خود به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر میزان افکار خودکشی، خودنهاد سازی و تنظیم شناختی هیجان در زنان دارای افکار خودکشی پرداختند. یافته ها نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش تأثیر معناداری بر کاهش خودنهاد سازی و افکار خودکشی و افزایش تنظیم شناختی هیجان در زنان دارای افکار خودکشی دارد. این نتایج نشان می - دهند که درمان پذیرش و تعهد احتمالاً میتواند با بهبود تنظیم و ابراز هیجان در کاهش میزان افکار خودکشی موثر باشد. باقری و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهش خود به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرمایه روان شناختی و تنظیم هیجانی دانش آموزان دارای افکار خودکشی پرداختند. بر اساس یافته ها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش معنادار عزت نفس، خوش بینی، تاب آوری، خودکارآمدی، ارزیابی مجدد شناختی و سرکوب بیانی در دانش آموزان دارای افکار خودکشی می شود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند با بهبود سرمایه روان شناختی و تنظیم هیجان در افراد دارای افکار خودکشی، سلامت روان شناختی را افزایش دهد. بنابراین این نوع مداخله برای کاهش افکار خودکشی توصیه می شود. چندین کار آزمایشی تصادفی کنترل شده نشان داده اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند بر مدیریت اختلالات روان پزشکی مرتبط با افزایش خطر خودکشی از قبیل دوره های افسردگی، اختلالات خوردن، اختلال شخصیت مرزی و روان پریشی مفید باشد (دوکاس و همکاران^{۲۱}، ۲۰۱۴). علاوه بر این دو گزارش موردی منتشر شده توسط لووما و ویلت^{۲۲} (۲۰۱۲) به نقش درمان مبتنی بر پذیرش و

اخذ می شود و به آنها اطمینان خاطر داده می شود که اطلاعات محرمانه و تحلیل داده ها به صورت گروهی می باشد. معیارهای ورود شامل: داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، جنسیت مونث، داوطلب بودن، تشخیص اولیه افسردگی، پایین بودن نمره آزمودنی ها بر اساس نقطه برش پرسشنامه و معیارهای خروج شامل: استفاده از دارودرمانی، استفاده از درمان روانشناختی، همبودی با اختلال های سوء مصرف مواد، سایکوز، افسردگی شیدایی، اختلال های خوردن در محور یک، اختلال های شخصیت مرزی، ضداجتماعی و عدم رضایت و غیبت بیش از دو جلسه بوده است. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه های زیر استفاده شد.

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (۱۹۹۶)

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که برای سنجش افسردگی تدوین شده است. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی ۲۱ ماده ای است که سه گروه نشانه های عاطفی، شناختی و جسمانی افسردگی را دربر می گیرد. دامنه نمرات برای هر ماده بین صفر تا ۳ است. نمره کل پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم بین صفر تا ۶۳ است. در این آزمون نقطه برش ۱۳ است. نمرات صفر تا ۱۳ نشان دهنده فقدان افسردگی، نمرات ۱۴ تا ۱۹ نشان دهنده افسردگی خفیف تا متوسط، نمرات ۲۰ تا ۲۸ نشان دهنده افسردگی متوسط تا شدید و نمرات ۲۹ تا ۶۳ نشان دهنده افسردگی شدید است. گروت و همکاران^{۲۷} (۲۰۰۵) در یک پژوهش روی ۲۲۰ بیمار، همسانی درونی بالای ۰/۹۰ را به دست آوردند. کاپسی و همکاران^{۲۸} (۲۰۰۸) ضریب روایی تشخیصی بین پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم و مقیاس ناامیدی بک و پرسشنامه اضطراب بک را ۰/۶۵ گزارش کردند. محمدخانی و دابسون^{۲۹} (۲۰۰۷) در بیماران سرپایی و دانشجویان به ترتیب ضرایب آلفای ۰/۹۲ و ۰/۹۳ و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ به دست آوردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد.

مقیاس سنجش افکار خودکشی (BSSI) بک (۱۹۷۹)

این مقیاس یک ابزار خودسنجی نوزده سؤالی است که جهت آشکارسازی، سنجش نگرش و برنامه ریزی برای اقدام به خودکشی و عوامل تشکیل دهنده آن از قبیل آرزوی مرگ، تمایل به خودکشی به صورت فعال و غیرفعال، مدت و فراوانی افکار خودکشی، احساس کنترل بر خود، عوامل بازدارنده و میزان آمادگی فرد جهت اقدام به خودکشی توسط بک و همکاران (۱۹۷۹) ساخته شده است. مقیاس سنجش افکار خودکشی دارای سه مولفه ی تمایل به مرگ، آمادگی برای خودکشی و تمایل به خودکشی واقعی می باشد. این مقیاس بر اساس لیکرت سه درجه ای با نمره گذاری از صفر تا ۲ تنظیم شده است. نمره کلی فرد بر اساس جمع نمره ها بین صفر تا ۳۸ است. در این مقیاس نمرات صفر تا ۵ وجود افکار خودکشی، نمرات ۶ تا ۱۹ آمادگی برای خودکشی و نمرات ۲۰ تا ۳۸ قصد اقدام به خودکشی را نشان می دهند. ضریب آلفای کرونباخ و پایایی هم زمان این مقیاس به ترتیب بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۶ و ۰/۸۳ بوده است. همبستگی درونی این مقیاس ۰/۸۹ و پایایی بین ارزیابان ۰/۸۳ گزارش شده است (ژنگ و پروان^{۳۰}، ۲۰۰۷) در پژوهشی که در ایران روی یک نمونه ۱۰۰ نفری سربازان انجام شد، ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ و روایی هم زمان آن با پرسشنامه سلامت عمومی ۰/۷۶ گزارش شده است (آنیس^{۳۱}، ۲۰۰۵). در پژوهش شاره و رباطی (۱۴۰۰) نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی (هافمن و کاشدن، ۲۰۱۰)

این پرسشنامه توسط هافمن و کاشدن (۲۰۱۰) تدوین گردیده است. دارای ۲۰ سؤال و سه مؤلفه پنهان کاری، سازش کاری و تحمل است که طی آن، به سؤالات بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه ای «از بینهایت در مورد من درست است=۵ تا اصلا در مورد من درست نیست=۱» پاسخ داده می شود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۰۰ است. امتیاز بالاتر در هر بعد نشان دهنده گرایش فرد پاسخ دهنده به آن سبک می باشد و برعکس. هافمن و کاشدن پایایی کل این پرسشنامه را بر اساس ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۱ و برای مؤلفه ها به ترتیب پنهان کاری ۰/۷۰، سازش کاری ۰/۷۵ و تحمل ۰/۵۰ به دست آوردند. پرسشنامه مزبور پس از ترجمه و ترجمه مجدد، از نظر اعتبار محتوایی در اختیار متخصصان روانشناسی مربوطه قرار گرفت که اعتبار آن تأیید شد. این پرسشنامه دارای سه مؤلفه یا خرده مقیاس پنهان کاری، سازش کاری و تحمل است که به ترتیب ۷، ۸ و ۵ سؤال دارند. در پژوهش اطلسی، نریمانی و موسی زاده (۲۰۱۴) پس از جمع آوری داده ها، برای احراز اعتبار سازه، از روش تحلیل عاملی استفاده شد و پایایی خرده مقیاسهای پنهان کاری، سازش کاری و تحمل بر اساس ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۸۰ و ۰/۵۵ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۷؛ ۰/۸۴ و ۰/۷۲ به دست آمد.

پروتکل مداخله درمانی پذیرش و تعهد والز و سورل (۲۰۰۷)

آموزش گروهی پذیرش و تعهد بر اساس درمان والز و سورل (۲۰۰۷) بوده است که در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی برای آزمودنی‌ها آموزش داده شد.

جدول ۱- مختصری از محتوای جلسات مداخله به شیوه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

۱	برقراری رابطه درمانی، آشنا کردن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسشنامه و بستن قرارداد درمانی.
۲	کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار و ارزیابی میزان تأثیر آنها، بحث درباره موقتی و کم‌اثربودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل و دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
۳	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی‌بردن به بهبودی آنها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آنها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
۴	توضیح درباره اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن‌آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
۵	معرفی مدل رفتاری سه بعدی به منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/احساسات، کارکردهای روانشناختی و رفتار مشاهده‌شده و بحث درباره تلاش برای تغییر رفتار براساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
۶	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌های مربوط به محتوای ذهنی. دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
۷	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند کردن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکزی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
۸	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون

به منظور انجام پژوهش مجوز لازم از دانشگاه و معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد آمل اخذ شد. ابتدا از افراد واجد شرایط بر اساس مصاحبه اولیه و نمره پرسشنامه‌های افکار خودکشی و تنظیم هیجان، پیش‌آزمون گرفته شد. افراد گروه آزمایش تحت جلسه‌های درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به مدت هفته‌ای ۱ جلسه در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت گروهی بر اساس پروتکل درمانی والز و سورل (۲۰۰۷) قرار گرفتند. این مداخله توسط محقق که دارای گواهی آموزشی مرتبط با این حوزه درمان بود، انجام گرفت. چند روز پس از اتمام پس‌آزمون درمانی، افراد مجدد پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. گروه کنترل بعد از کامل کردن پیش‌آزمون، هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش‌های آماری توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی) و استنباطی (آزمون شاپیرو و ویلک، تحلیل کوواریانس چند متغیره) با نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ استفاده شد.

یافته‌ها

در ابتدا نتایج توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲- توصیف متغیرهای تحقیق

متغیرها	آزمون	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		کنترل	
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
افکار خودکشی	پیش آزمون	۳/۷	۱۵	۳/۶۴	۱۵/۴
	پس آزمون	۴/۴	۱۰/۴	۴/۱۸	۱۶/۵
خودتنظیمی هیجانی با راهبرد پنهان کاری	پیش آزمون	۳/۴	۲۹/۰۶	۲/۹۶	۲۹/۹
	پس آزمون	۲/۵	۲۲/۰۶	۲/۴۵	۳۱/۲
خودتنظیمی هیجانی با راهبرد سازش کاری	پیش آزمون	۲/۵	۱۰/۶	۲/۴۳	۱۰/۰۶
	پس آزمون	۳/۵	۱۶/۰۶	۲/۱۴	۱۰/۸
خودتنظیمی هیجانی با راهبرد تحمل	پیش آزمون	۳/۶	۱۱/۳	۳/۲۷	۱۰/۵۳
	پس آزمون	۳/۴	۱۵/۲	۲/۱۵	۱۰/۰۶

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد متغیر افکار خودکشی، خودتنظیمی هیجانی با راهبرد پنهان کاری، سازش کاری و تحمل زنان مبتلا به اختلال افسردگی دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون نشان می دهد. همانگونه که مشاهده می کنید، میانگین و انحراف استاندارد در پیش آزمون افکار خودکشی گروه درمان برابر با $۱۵/۰۰ \pm ۳/۷$ و برای گروه کنترل برابر با $۱۵/۴ \pm ۳/۶$ و در پس آزمون برابر با $۱۰/۴ \pm ۴/۴$ و برای گروه کنترل برابر با $۱۶/۵ \pm ۴/۱۸$ است. میانگین و انحراف استاندارد خودتنظیمی هیجانی با راهبرد پنهان کاری در پیش آزمون گروه درمان برابر با $۲۹/۰۶ \pm ۳/۴$ و برای گروه کنترل برابر با $۲۹/۹ \pm ۲/۹$ و در پس آزمون برابر با $۲۲/۰۶ \pm ۲/۵$ و برای گروه کنترل برابر با $۳۱/۲ \pm ۲/۴$ است. میانگین و انحراف استاندارد خودتنظیمی هیجانی با راهبرد سازش کاری در پیش آزمون گروه درمان برابر با $۱۰/۶ \pm ۲/۵$ و برای گروه کنترل برابر با $۱۰/۰۶ \pm ۲/۴$ و در پس آزمون برابر با $۱۶/۰۶ \pm ۳/۵$ و برای گروه کنترل برابر با $۱۰/۸ \pm ۲/۱$ است. میانگین و انحراف استاندارد خودتنظیمی هیجانی با راهبرد پنهان تحمل در پیش آزمون گروه درمان برابر با $۱۱/۳ \pm ۳/۶$ و برای گروه کنترل برابر با $۱۰/۵۳ \pm ۳/۲$ و در پس آزمون برابر با $۱۵/۲ \pm ۳/۴$ و برای گروه کنترل برابر با $۱۰/۰۶ \pm ۲/۱$ است.

به منظور آزمون فرضیه های تحقیق از کواریانس چند متغیره (مانکوا) و تک متغیری استفاده شد. در ابتدا، پیش فرض های نرمال بودن داده ها با آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد. سپس، پیش فرض های استفاده از مدل مانند همگنی میانگین های پیش آزمون دو گروه، رابطه خطی بین متغیر تصادفی کمکی (کووریت)، تساوی ماتریس-کواریانس، یکسانی خطای واریانس های متغیرها در پس آزمون، هم خطی بین متغیرهای وابسته و مفروضه همگنی شیب رگرسیون مورد بررسی قرار گرفتند که مورد تایید قرار گرفتند. جهت اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار خودکشی و خودتنظیمی هیجانی با راهبرد پنهان کاری، سازش کاری و تحمل زنان مبتلا به اختلال افسردگی از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج در جدول ۴ ارائه گردید.

جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره مبتنی بر گزارش لامبدای ویلکز

اثر	value	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	اندازه اثر
گروه	۰/۱۱۵	۴۰/۴	۴	۲۱	۰/۰۰۰	۰/۷۸

نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره در جدول ۳- نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مجموعه متغیرهای افکار خودکشی و خودتنظیمی هیجانی با راهبرد پنهان کاری، سازش کاری و تحمل زنان مبتلا به اختلال افسردگی موثر است ($\eta^2 = ۰/۷۸$ ، $p = ۰/۰۰۰$)، $(F_{(۴, ۲۱)} = ۴۰/۴)$. بنابراین، اثربخشی درمان تایید می شود. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ترکیب خطی متغیرهای افکار

خودکشی و خودتنظیمی هیجانی با راهبرد پنهان کاری، سازش کاری و تحمل زنان مبتلا به اختلال افسردگی موثر بود. مقدار اندازه اثر (مجذور اتاء) نشان داد که ۰/۷۸ درصد تغییرات در متغیر پس آزمون متغیرهای افکار خودکشی و خودتنظیمی هیجانی با راهبرد پنهان کاری، سازش کاری و تحمل حاصل از اثرگذاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. در ادامه برای اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار خودکشی و خودتنظیمی هیجانی زنان مبتلا به اختلال افسردگی از تحلیل کواریانس تک متغیره حاصل از خروجی تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد.

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری و میانگین های تعدیل شده برای افکار خودکشی

اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
گروه	۲۳۱/۴	۱	۲۳۱/۴	۳۳/۷	۰/۰۰۰	۰/۵۸
خطا	۱۶۴/۶	۲۴	۶/۸۵			

متغیر	مرحله	گروه درمان	گروه کنترل
افکار خودکشی	میانگین پس آزمون	۱۰/۴	۱۶/۵
	میانگین تعدیل شده	۱۰/۶	۱۶/۳

نتایج تحلیل کواریانس در جدول ۴- نشان داد که مقدار سطح معنی داری گروه کمتر از سطح آلفای ۰/۰۵ است. بعد از حذف اثرات متغیر کووریت (همپراش)، تفاوت آماری معنی داری بین نمرات تعدیل شده پس آزمون افکار خودکشی دو گروه تجربی و کنترل وجود دارد. یعنی بین میانگین تعدیل شده افکار خودکشی گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ($M=10/63$) و کنترل ($M=16/30$) زنان مبتلا به اختلال افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد ($F_{(1,24)}=33/7, p=0/000, \eta^2=0/58$). چون مقدار p در ردیف گروه کمتر از ۰/۰۵ است. بنابراین، فرضیه تایید می شود. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش افکار خودکشی زنان مبتلا به اختلال افسردگی شد.

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس تک متغیره برای خودتنظیمی هیجانی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	سطح معنی داری	η^2
راهبرد پنهان کاری	گروه	۱	۵۶۵/۹	۹۳/۰۹	۰/۰۰۰	۰/۷۹
	خطا	۲۴	۱۴۵/۸	۶/۰۷		
راهبرد سازش کاری	گروه	۱	۱۹۱/۰۷	۲۴/۴	۰/۰۰۰	۰/۵۰
	خطا	۲۴	۱۸۷/۵	۷/۸۱		
راهبرد تحمل	گروه	۱	۱۶۹/۷	۲۷/۴	۰/۰۰۰	۰/۵۳
	خطا	۲۴	۱۴۸/۱	۶/۱۷		

جدول ۶- میانگین های تعدیل شده دو گروه

متغیر	مرحله	گروه درمان	گروه کنترل
خودتنظیمی هیجانی با راهبرد پنهان کاری	پس آزمون	۲۲/۰۶	۳۱/۲۰
	تعدیل شده	۲۲/۱	۳۱/۰۶
خودتنظیمی هیجانی با راهبرد سازش کاری	پس آزمون	۱۶/۰۶	۱۰/۸۰
	تعدیل شده	۱۶/۰۱	۱۰/۸۵

پس آزمون شماره کرده اند. بر اساس این نظر به ها، افسردگی ناشی از ناتوانی افراد در تنظیم هیجانات خود به طور سازگارانه و مناسب تعدیل شده در واقع، فرضیه اصلی این است که توانایی افراد در تنظیم	خودتنظیمی هیجانی با راهبرد تحمل
---	---------------------------------

هیجانات خود به شیوه ای مطلوب و تحمل آنها در برابر هیجانات نامطلوب از عوامل اصلی تأثیرگذار بر سلامت روان است (اطلسی و همکاران، ۲۰۱۴). رویکرد پذیرش و تعهد بر هوشیاری کامل افراد و پذیرش بیماری تأکید دارد (زیتلی، ۱۹۸۹). افراد بدون هیچ تلاشی برای کنترل افکار مربوط به بیماری، اجازه می دهند افکار و احساسات زمینه ای یا مرتبط با بیماری وارد ذهنشان شود. هنگامی که چنین تجربیاتی، یعنی افکار و احساسات، با پذیرش مواجه می شوند، سخت ترین مشکلات کمتر تهدیدکننده و قابل تحمل تر به نظر می رسند و اقدامات کنترلی غیر موثر به میزان قابل توجهی کاهش می یابد (اطلسی و همکاران، ۲۰۱۴). بر همین اساس می توان بیان کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند خودتنظیمی هیجانی را در راهبردهای تحمل کاری و سازش در بین زنان مبتلا به اختلال افسردگی بهبود بخشد و علاوه بر این منجر به کاهش خودتنظیمی هیجانی در راهبرد پنهان کاری شود.

علاوه بر این، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است با تمرکز بر انعطاف پذیری، بر خودتنظیمی هیجان مراجعان تأثیر بگذارد. آرامش و ذهن آگاهی در تمرینات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد تأکید قرار می گیرد. آنها تأثیرات قابل توجهی بر آرامش ذهن افراد می گذارند و استرس و همچنین افکار منفی خودکار را کاهش می دهند. علاوه بر این، پذیرش و تعهد مستلزم پذیرش فعال و صبورانه احساسات سخت است تا واکنش پذیری افراد و همچنین ترس ها و قضاوت های نادرست تا حد زیادی کاهش یابد. تحقیقات حاکی از آن است که چنین احساساتی ناراحتی ها و تنش های بین فردی را افزایش می دهد و راه را برای اجتناب تجربی هموار می کند (شیبانی و همکاران، ۲۰۱۹). به نظر می رسد با استفاده از این روش، بیماران یاد می گیرند که چگونه به ناراحتی های ناشی از خشم خود از بیماری پایان دهند، دیگران را به خاطر بیماری خود سرزنش کنند و در مورد افکار منفی در مورد افکار خودکشی کنند. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش توانایی بیماران برای ارتباط با زمان حال و بودن در لحظه است. ذهن آگاهی و ارتباط با زمان حال (برخلاف غلبه بر گذشته و آینده مفهوم سازی شده) که منجر به انعطاف پذیری شناختی می شود، می تواند به افراد کمک کند تا از افکار آشفته، عادات و الگوهای رفتاری ناسالم خلاص شوند و در نتیجه نقش مهمی در تنظیم رفتارها و کاهش افسردگی ایفا کنند. افکار خودکشی و ناامیدی در افراد دارای انعطاف پذیری شناختی باعث می شود از رویدادهای ناخواسته اجتناب نمی کنند و سعی در کنترل یا اصلاح آنها دارند. آنها به جای اجتناب از اتفاقات ناخواسته، انرژی خود را روی ارزش ها و کیفیت زندگی می گذارند (شاره و رباطی، ۱۴۰۰). در مجموع

نتایج تحلیل کواریانس و میانگین های تعدیل شده در جدول ۵ و ۶ نشان داد که مقدار سطح معنی داری گروه کمتر از سطح آلفای ۰/۰۵ است. بعد از حذف اثرات متغیر کووریت (همپراش)، تفاوت آماری معنی داری بین نمرات تعدیل شده پس آزمون خودتنظیمی هیجانی با راهبرد پنهان کاری، سازش کاری و تحمل دو گروه تجربی و کنترل وجود دارد. بین میانگین تعدیل شده خودتنظیمی هیجانی با راهبرد پنهان کاری گروه آزمایش ($M=22/1$) و کنترل ($M=31/06$) ($F_{(1,24)}=93/09, p=0/000, \eta^2=0/79$)؛ خودتنظیمی هیجانی با راهبرد سازش کاری گروه آزمایش ($M=16/01$) و کنترل ($M=10/85$) ($F_{(1,24)}=24/4, p=0/000, \eta^2=0/50$) و خودتنظیمی هیجانی با راهبرد تحمل گروه آزمایش ($M=15/06$) و کنترل ($M=10/2$) ($F_{(1,24)}=27/4, p=0/000, \eta^2=0/53$) زنان مبتلا به اختلال افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد. چون مقدار p در ردیف گروه کمتر از ۰/۰۵ است، بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش خودتنظیمی هیجانی با راهبرد پنهان کاری و افزایش خودتنظیمی هیجانی با راهبرد سازش کاری و راهبرد تحمل زنان مبتلا به اختلال افسردگی شد.

نتیجه گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی هیجانی و افکار خودکشی در زنان مبتلا به اختلال افسردگی در شهر قائم شهر انجام گرفت که نتایج پژوهش نشان دهنده تأیید فرضیه اصلی و تمامی فرضیات فرعی بود که با نتایج باقری و همکاران (۲۰۲۲)، اسپیدل، لکومتی، کیلی و دایلنت (۲۰۱۸)، رویز و همکاران (۲۰۱۸)، دوکاس و همکاران (۲۰۱۸)، لوومات و ویلت (۲۰۱۲) و فیض الهی و همکاران (۱۴۰۰) تطبیق داشت. در این راستا می توان بیان نمود درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ممکن است در مدیریت بیماری های روانپزشکی مانند دوره های افسردگی، اختلالات خوردن، اختلال شخصیت مرزی و روان پریشی مفید باشد که با افزایش خطر خودکشی مرتبط هستند (دوکاز و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین علاوه بر این، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انعطاف پذیری روان شناختی، پذیرش تجربیات خود و تعهد به رفتارهای منطبق با ایده آل های فرد را تشویق می کند که می تواند منجر به کاهش افکار خودکشی و خودتنظیمی هیجانی با راهبرد پنهان کاری و بهبود خودتنظیمی هیجان در راهبردهای سازش کاری و تحمل زنان مبتلا به اختلال افسردگی گردد.

پژوهشگران در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در خودتنظیم هیجانی به تأثیرات معنادار الگوهای ناسازگار تنظیم هیجان بر افراد مبتلا به افسردگی، اضطراب و بیماری های روان

هیز و همکاران^{۳۳} (۲۰۱۲) تبیین کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مراجعه کننده کمک می کند تا احساسات و شناخت های کنترل نشده خود را بپذیرد و از تنظیم قوانین زبانی که باعث این مشکلات شده است به جای حذف متغیرهای مخرب در امان بماند. هدف این استراتژی درمانی تنظیم هیجان با تقویت انعطاف پذیری روان شناختی از یک سو و عمل بر ارزش های شخصی از سوی دیگر است و به مراجعه کننده در ساختن یک زندگی کامل و معنادار کمک می کند. ایجاد یک خود ناظر در مراجعان از طریق مهارت های دفع، ذهن آگاهی و آگاهی از لحظه حال جنبه دیگری از این درمان است که به بهبود خودتنظیمی کمک می کند. به طوری که ذهن آگاهی می تواند به افزایش آگاهی از افکار خودکار کمک کند و توانایی فرد را برای ارزیابی پیامدهای بالقوه اقدامات قبل از درگیر شدن در آنها افزایش دهد.

بر اساس یافته های به دست آمده میتوان نتیجه گرفت که روش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به افراد نحوه رویارویی و کنار آمدن هدفمند، موثر، و کارآمد را آموزش می دهد و در نتیجه به آنها کمک می کند که ادراک بهتری از ظرفیت ها و توانایی های خود برای پاسخ دهی پیدا کند و شیوه های بهتری برای غلبه بر موقعیت های تنش آور به کار ببرد و افکار خودکشی خود را کاهش دهد. عدم اطمینان و احساس افسردگی و اضطراب به راحتی می تواند بیماران را به انکار و شک در مورد هویت، اهداف و باورهای خود سوق دهد و باعث ناراحتی روانی و اضطراب و افکار منفی همچون خودکشی شود. در این بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تلاش می کند پذیرش هر دو مؤلفه مثبت و منفی تجربه (هالبرت و ویلامز و همکاران^{۳۴}، ۲۰۱۵) را امکان پذیر نماید که می تواند با توسعه انعطاف پذیری روانی از طریق شش فرآیند کلیدی پذیرش، تخلیه شناختی، کنش مبتنی بر ارزش، تماس با لحظه حال، توسعه یک خود ناظر و اقدام متعهد مطابق با ارزش های مهم (هیز و همکاران^{۳۵}، ۲۰۱۲) فرد را از افکار خودکشی دورتر کند و به سمت افکار مثبت هدایت نماید. طبق نتایج انجام شده، درمان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور قابل توجهی افکار خودکشی را در مراجعین و زنان مبتلا به افسردگی کاهش داد. در تبیین نتایج می توان توضیح داد که درمان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درجه اول بر اجتناب تجربی، تمایل به سرکوب افکار یا احساسات ناخوaste برای افزایش انعطاف پذیری روانی تمرکز دارد. این به مراجعان کمک می کند امید پیدا کنند، زندگی رضایت بخشی را پرورش دهند و ذهن آگاهی را بیاموزند. همچنین مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درجه اول بر بهبود پاسخ های مراجعان به افکار و احساسات پیچیده با اصلاح روابط آنها با آنها متمرکز می گردد که می تواند افکار خودکشی را بهبود بخشد (آل سید و همکاران^{۳۶}، ۲۰۲۰). یکی از حوزه های اولیه درمان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرار است که به عنوان اجتناب تجربی نیز شناخته می شود. برخی از رایج ترین

چارچوب های روان شناختی مورد استفاده برای توضیح خودکشی، به ویژه مدل به دام افتادن/گریه درد، شامل فرار از درد به عنوان یک عامل مهم است (باومیستر^{۳۷}، ۱۹۹۰). مهارت های ذهن آگاهی، پذیرش پریشانی، و دفع افکار ناراحت کننده، همگی می توانند به فرد کمک کنند تا با ناراحتی ناشی از افسردگی عاطفی کنار بیاید. در نهایت، شناسایی ارزش های شخصی و درگیر شدن در اقدامات مثبت همسو با این ارزش ها ممکن است منجر به فردی یکپارچه تر شود و در نتیجه بهزیستی را بهبود بخشد (تیقی و همکاران^{۳۸}، ۲۰۱۸).

همچنین بر اساس مبانی نظری و تکنیک های مورد استفاده در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خودتنظیمی هیجانی یکی از نتایجی است که می توان در این درمان به دست آورد. با تبیین این یافته می توان گفت که اختلالات هیجانی تا حد زیادی نتیجه تلاش برای کنترل هیجان مثبت و منفی و استفاده از راهبردهای خودتنظیمی است. افرادی که در بیان و تجربه هیجان خود مشکل دارند از راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگار و پنهان مانند اجتناب یا سرکوب و پنهان کردن یا نادیده گرفتن احساساتی که پیامدهای ناخوaste ای دارند استفاده می کنند (محمودپور و همکاران^{۳۹}، ۲۰۲۰). در مجموع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند به طور قابل توجهی سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه سازی و سرزنش دیگران را کاهش دهد و پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، توجه به برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و چشم انداز را افزایش دهد. بنابراین، با آموزش نحوه پذیرش افکار و شرایط، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند به طور موثر خودتنظیمی هیجان را بهبود بخشد و توانایی تنظیم هیجان را افزایش دهد (دیویس و همکاران^{۴۰}، ۲۰۱۵). مدافعان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معتقدند که افکار و احساسات باید در بافت مفهومی رویدادها شناسایی شوند. بنابراین برخلاف رویکردهای شناختی-رفتاری که سعی در اصلاح شناخت ها و باورهای ناکارآمد برای بهبود احساسات و رفتار دارند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد می آموزد که افکار خود را بپذیرند و هیجان خود را تنظیم کنند، در لحظه حال زندگی کنند و انعطاف پذیرتر شوند. بنابراین باید گفت که آموزش های مرتبط با تجربیات درونی، ذهن آگاهی، پذیرش و تماس با زمان حال می تواند به افراد در برقراری تنظیم هیجان خود که در جهت رشد و شکوفایی آنان باشد کمک کند و از ایجاد یا تداوم احساسات مخرب و منفی بکاهد. همچنین این آموزش ها به افراد در جهت کاهش ناامیدی، خشم، احسان بی ارزش بودن، افسردگی و ناکامی و همچنین افزایش حس همدلی و شناخت بهتر از نیازها و تمایلات هم سر، افزایش تنظیم هیجان و در نهایت بهبود راهبردهای راهبرد تحمل و سازش کاری و کاهش راهبرد پنهان کاری خودتنظیمی هیجانی کمک کند. مجموعه ی این عوامل می تواند در بهبود افکار خودکشی و خودتنظیمی هیجانی موثر واقع شود. با توجه به نتایج مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک استراتژی مداخله ای موثر برای مراجعین به

زنان مبتلا به افسردگی برای کاهش افکار خودکشی و بهبود خودتنظیمی هیجانی است، بنابراین ضروری و آشکار است که اصول اساسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مورد این مراجعان اعمال شود. همچنین با توجه به اثر بخشی این پژوهش پیشنهاد می‌شود تمرین‌ها و مهارت‌های کاربردی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت جلسات آموزشی، کارگاه، فیلم و جزوه جهت پیشگیری از مشکلات می‌تواند در اختیار افراد قرار گیرد. به دلیل محدودیت زمانی و عدم دسترسی به موضوعات، مرحله پیگیری انجام نشد. از این رو انجام مرحله پیگیری پس از درمان برای ارزیابی اثرات طولانی مدت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تثبیت آخرین جلسات تمرینی و در نهایت در نظر گرفتن جلسات یادآوری پس از پایان دوره درمان برای جلوگیری از از بین رفتن اثرات درمانی توصیه می‌شود.

تعارض منافع

"هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است."

منابع

شماره حسین و رباطی زهرا. (۱۴۰۰). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی، افکار خودکشی، افسردگی و ناامیدی در سربازان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۲۷ (۴)، ۴۲۷-۴۱۲
فیض‌اللهی، سارا؛ نریمانی، محمد و موسی‌زاده، توکل. (۱۴۰۰) بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر میزان افکار خودکشی، خودنهناسازی و تنظیم شناختی هیجان در زنان دارای افکار خودکشی. رویش روش‌شناسی. ۱۰ (۲)، ۶۹-۷۹

- Anisi, J., Fathi Ashtiani, A., Salimi, SH., Ahmadi Noudeh, Kh. (2005). Validity and reliability of Beck Suicide Scale Ideation (BSSI) among soldiers. *Journal of Military Medicine*. 7(1), 33-7.
- Arditi-Arbel, B., Hamdan, S., Winterman, M., Gvion, Y. (2023) Suicidal ideation and behavior among perinatal women and their association with sleep disturbances, medical conditions, and known risk factors. *Front. Psychiatry* 13. 987673
- Atlasi, R., Narimani, M., Musa zadeh, T. (2014). Comparison of the effectiveness of de-dysmation therapy with eye movement and re-rehabilitation with metacognitive therapy on self-control in patients with panic attacks. *Journal of Behavioral Sciences*. 8(3), 269-263.
- Bagheri-Sheykhangafshe, F., Kian, A., Savabi-Niri, V., Aghdasi, N., Bourbour, z. (2022). The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Capital and Emotion Regulation of Students with Suicidal Ideation. *International Journal of Behavioral Sciences*. 16(2), 96-102
- Basha, E., Mengistu, B., Engidaw, N (2021). Suicidal Ideation and Its Associated Factors Among Patients with Major Depressive Disorder at Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 17. 1571-1577.
- Baumeister, R. F. (1998). The self. In D. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology* (4th ed., Vol. 1, pp. 680-740). New York: McGraw-Hill.
- Beck, AT., Steer, RA., Brown, GK. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: The Psychological Corporation.; <https://www.nctsn.org/measures/beck-depression-inventory-second-edition>
- Bond, C. (2019). The effects of a brief intervention workshop on emotional regulation and well-being: stress, happiness and depressive symptoms. *Psychology*. 195557902
- Chew, H., Chng, S., Rajasegaran, N., Choy, K., & Chong, Y., (2023). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on weight, eating behaviours and psychological outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 10;28(1):6
- Davies, C. D., Niles, A. N., Pittig, A., Arch, J. J., & Craske, M. G. (2015). Physiological and behavioral indices of emotion dysregulation as predictors of outcome from cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 46, 35-43
- Davies, CD., Niles, AN., Pittig, A., Arch, JJ., Craske, MG. (2015) Physiological and behavioral indices of emotion dysregulation as predictors of outcome from cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 46. 35-43.
- Ducasse, D., René, E., Béziat, S., Guillaume, S., Courtet, P., & Olié, E. (2014). Acceptance and commitment therapy for management of suicidal patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83(6), 374-376
- Ducasse, D., Rene, E., Beziat, S., Guillaume, S., Courtet, P., Olie, E. (2014). Acceptance and commitment therapy for management of suicidal patients: a pilot study. *Psychother Psychosom*. 83. 374-376.
- Grothe, KB., Dutton, GR., Jones, GN., Bodenlos, J., Ancona, M., Brantley, PJ. (2005). Validation of the Beck Depression Inventory-II in a low-income African American sample of medical outpatients. *Psychological Assessment*. 17(1), 110-4.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press

- Herwig, U., Opialla, S., Cattapan, K., Wetter, T. C., Jancke, L., Bruhl, A. B. (2018). Emotion introspection and regulation in depression. *Psy. Res. Neuro.* 277, 7–13.
- Hulbert□Williams, N. J., Storey, L., & Wilson, K. G. (2015). Psychological interventions for patients with cancer: Psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. *European Journal of Cancer Care*, 24(1), 15–27
- Joomann, J., Stanton, C. H. (2016). Examining emotion regulation in depression: A review and future directions. *Behav. Res. Ther.* 86, 35–49. :
- Kapci, EG., Uslu, R., Turkcapar, H., Karaoglan, A. (2008). Beck Depression Inventory II: Evaluation of the psychometric properties and cut- off points in a Turkish adult population. *Depression and Anxiety*; 25(10),E104-10.
- Koo, K., Kim, K (2020). Effects of Physical Activity on the Stress and Suicidal Ideation in Korean Adult Women with Depressive Disorder. *Int J Environ Res Public Health*, 17(10), 3502.
- Lövestad, s., Löve, J., Vaez, M., Waern, M., Hensing, G., Krantz, G. (2019). Suicidal ideation and attempts in population-based samples of women: temporal changes between 1989 and 2015. *BMC Public Health.* 19,351
- Luoma, J. B., & Villatte, J. L. (2012). Mindfulness in the treatment of suicidal individuals. *Cognitive and behavioral practice*, 19(2), 265-276.
- Morrish, L., Rickard, N., Chyuan Chin, T., Vella-Brodrick, DA. (2018). Emotion regulation in adolescent well-being and positive education. *Journal of Happiness Studies.* 19.1543–1564.
- Otte, C., Gold, SM., Penninx, B.W., Pariante, CM., Etkin, A., Fava, M., Mohr, DC., Schatzberg, AF. (2016). Major depressive disorder. *Nat Rev Dis Primers*, 2:16065
- Ruiz, F. J., Flórez, C. L., García-Martín, M. B., Monroy-Cifuentes, A., Barreto-Montero, K., García-Beltrán, D. M., ... & GilLuciano, B. (2018). A multiple-baseline evaluation of a brief acceptance and commitment therapy protocol focused on repetitive negative thinking for moderate emotional disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9, 1-14
- Shareh, H., Robati, Z. (2022). Effect of Acceptance and Commitment Group Therapy on Cognitive Flexibility, Suicidal Ideation, Depression, and Hopelessness in Conscripts. *IJPCP*; 27 (4) :412-427
- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., Staiger, PK. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clin Psychol Rev.* 57:141–63.
- Spidel, A., Lecomte, T., Kealy, D., & Daigneault, I. (2018). Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: Improvement in psychiatric symptoms, emotion regulation, and treatment compliance following a brief group intervention. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91(2), 248-261
- Stefan-Dabson, K., Mohammadkhani, P., Massah-Choulabi, O. (2007). Psychometrics characteristic of Beck Depression Inventory-II in patients with major depressive disorder. *Archives of Rehabilitation.* 2007; 8:80-6.
- Taheri, A., Foroughi, A., Mohammadian, Y., et al (2020). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Pain Acceptance and Pain Perception in Patients with Painful Diabetic Neuropathy: A Randomized Controlled Trial. *Diabetes Ther.* 11(8),1695-1708
- Vowles, KE., Sorrell, JT. (2007). Life with chronic pain: An acceptance-based approach (therapist guide and patient workbook). Unpublished manuscript.
- Wegner, M., Amatriain-Fernández, S., Kaulitzky, A., Murillo-Rodriguez, E., Machado, S., Budde, H. (2020). Systematic review of meta-analyses: Exercise effects on depression in children and adolescents. *Front. Psychiatry*, 11:81.
- World Health Organization. (2019). Suicide. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Accessed 2 Sept 2019.
- Zettle, R. D., Rains, J. C., Hayes, S. C. (1989). Processes of change in Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for depression: A mediational reanalysis of Zettle and Rains. *Behavior Modification.* 35(3):265–276
- Zhang, J., Brown, GK. (2007). Psychometric properties of the scale for suicide ideation in China. *Archives of Suicide Research.* 11(2), 203-10.
- Zhang, J., Zhang, M., He, K., Jiang, Y., Wang, R. (2022). Relationship between College Students' Frustration and Suicidal Thoughts. *China Journal of Health Psychology*, 24 (03), 450- 454