

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر اندیشه‌پردازی خودکشی زنان افسرده

ذوالفقار آبیاری*

بهنام مکوندی**، سعید بختیارپور**

فرح نادری***، فریبا حافظی****

چکیده

سالانه حدود یک میلیون نفر در اثر خودکشی جان خود را از دست می‌دهند و بیست میلیون نفر اقدام به خودکشی می‌نمایند. این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر اندیشه‌پردازی خودکشی زنان افسرده مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌شناختی شهر یاسوج انجام شد. این پژوهش از نوع آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل همه بیماران مبتلا به افسردگی که در سال ۹۶-۱۳۹۵ به مراکز روان‌شناختی شهر یاسوج مراجعه کردند. از میان مراجعه‌کنندگان به این مراکز ۲۴ بیمار مبتلا به افسردگی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در یکی از گروه‌های آزمایشی یا کنترل (۱۶ نفر گروه آزمایشی و ۸ نفر گروه کنترل) قرار گرفتند. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که بین دو گروه در نمرات پس‌آزمون اندیشه‌پردازی خودکشی تفاوت معنی‌داری وجود داشت که مداخله مبتنی بر درمان ذهن آگاهی و تعهد و پذیرش بر اندیشه‌پردازی خودکشی اثر معنی‌دار داشته است، یافته‌های تحلیل آزمون تعقیبی وینفرونی نشان داد که

* دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز،
z.abyar68@gmail.com

** استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز (نویسنده مسول)، Makvandi_b@yahoo.com

*** استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، saeedb81@yahoo.com

**** استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، nmafrah@yahoo.com

***** استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، febram315@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۸/۲۰، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۲/۱۰

بین درمان تعهد و پذیرش و ذهن آگاهی تفاوت معناداری وجود داشته است و درمان تعهد و پذیرش موثرتر بوده است.

کلیدواژه‌ها: درمان تعهد و پذیرش، ذهن آگاهی، اندیشه‌پردازی خودکشی، افسردگی.

۱. مقدمه و طرح مسئله

افسردگی دومین اختلال رایج روانشناختی است که حدود ۱۰۰ میلیون نفر را در جهان تحت تأثیر قرار داده است و که نزدیک به ۱۲۱ میلیون نفر در جهان به افسردگی مبتلا هستند. برحسب این که افسردگی به چه نحوی تعریف و سنجیده شود، نرخ شیوع طول عمر افسردگی اساسی قابل تشخیص در مردان از ۰/۲ تا ۰/۱۲ و در زنان ۰/۷ تا ۰/۲۱ است. افسردگی از جمله مشکلاتی است که درصد قابل توجهی از جامعه را تحت تأثیر قرار می دهد و شامل مجموعه ای از نشانگان بیمارگون از جمله خلق افسرده، از دست دادن علاقه، اختلال خواب، فقدان انرژی، از دست دادن اشتها و افکار مربوط به خودکشی است. در حدود ۳ تا ۲۰ درصد از جمعیت بزرگسال زمانی در طول عمرشان ملاک های افسردگی اساسی را دریافت می کنند و در حدود ۲۰ تا ۵۰ درصد از این افراد بیش از یک دوره افسردگی را تجربه می کنند. در همه ی فرهنگ ها و کشورها دیده شده که شیوع اختلال افسردگی در زنان نیز تقریباً دو برابر مردان است، دلایل این تفاوت، از تفاوت های هورمونی، اثرات زایمان، تفاوت فشارهای روانی - اجتماعی زنان و مردان و الگوهای رفتاری مربوط به درماندگی آموخته شده ذکر شده است. در کنار جنسیت سایر متغیرهای جمعیت شناختی که با افسردگی رابطه دارند شامل نژاد و تجربه ی طلاق یا جدایی است. بیمارانی که افسردگی اساسی دارند در مقایسه با افراد فاقد اختلالات روانی بیشتر دچار مشکلات زناشویی، از دست دادن کار، کاهش عملکرد جسمی یا شغلی، وضعیت سلامتی ضعیف و بیماری می شوند. افسردگی پاسخ طبیعی آدمی به فشارهای زندگی است. عدم موفقیت در تحصیل یا کار، از دست دادن یکی از عزیزان و آگاهی از اینکه بیماری یا پیری توان ما را به تحلیل می برد از جمله موقعیت هایی است که اغلب موجب بروز افسردگی می شوند. افسردگی تنها زمانی ناهنجار تلقی می شود که با واقعه ای که رخ داده است متناسب نباشد و یا فراتر از حدی که برای اکثر مردم نقطه آغازی بوده است، ادامه یابد. دو مشخصه اساسی افسردگی ناامیدی و غمگینی است و شخص رکود و حشتناکی احساس

می‌کند و نمی‌تواند تصمیم‌گیری یا فعالیتی را شروع کند یا به چیزی علاقه مند شود و در احساس بی‌کفایتی و بی‌ارزشی غوطه‌ور می‌شود (گنجی، ۱۳۹۴).

از سویی به دلیل اینکه تقریباً دو سوم بیماران افسرده، به خودکشی می‌اندیشند و ۱۰ تا ۱۵ درصد تنها از این طریق به زندگی خود خاتمه می‌دهند، خودکشی از موارد اورژانسی اصلی متخصصان بهداشت روانی بوده و معضلی برای سلامت عمومی جامعه به شمار می‌آید (کاپلان و کاپلان، ۲۰۱۵، ترجمه فرزین رضایی، ۱۳۹۶). خودکشی پدیده‌ای متحدالشکل نیست بلکه می‌توان آن را در طول پیوستاری از فکر کردن به خودکشی تا اقدام عملی برای ارتکاب آن در نظر آورد. افراد در معرض خودکشی را می‌توان به سه گروه تقسیم کرد: اندیشه پردازان، اقدام‌کنندگان و تکمیل‌کنندگان، اندیشه پردازان افرادی هستند که اخیراً اقدامات آشکاری برای خودکشی انجام نداده‌اند اما درباره آن فکر کرده یا طرح‌ها و آرزوهایی برای ارتکاب آن در سر پرورانده‌اند (Reinecke, Franklin-cott, 2005). موضوعات متنوعی به عنوان عوامل خطرناک‌گیز برای خودکشی ذکر شده است. مهمترین عوامل خطراً نگیز عبارتند از اختلال روانی و اقدام خودکشی قبلی. ارتباط نیرومندی بین افسردگی و خودکشی مشاهده شده است (Davila, 2000). اختلال‌های افسردگی ۸۰٪ از ۹۵٪ اختلال‌های روانی قابل تشخیص در مرتکب‌شوندگان یا اقدام‌کنندگان خودکشی را شامل می‌شوند (Murphy, 1985).

در بین درمان‌های روان‌شناختی، الگوهای متنوعی در مورد درمان و کاهش علائم روان‌شناختی بیماری‌های مزمن به کار رفته است. در حال حاضر درمان‌های شناختی-رفتاری و به ویژه رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به عنوان روش درمانی موثر برای درمان و کاهش علائم روان‌شناختی بیماری‌های مزمن به کار رفته است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی است که توسط استیون هیز و همکارانش از ابتدای دهه ۱۹۸۰ معرفی و با نام اختصاری ACT شناخته شده و ریشه در رفتارگرایی دارد اما بوسیله فرایندهای شناختی مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد (H Hayes et al, 2013). این درمان با ادغام مداخلات پذیرش و ذهن‌آگاهی در راهبردهای تعهد و تغییر، به درمانجویان برای دستیابی به زندگی پرنشاط، هدفمند و با معنا کمک می‌کند. برخلاف رویکردهای کلاسیک رفتاردرمانی شناختی، هدف ACT تغییر شکل یا فراوانی افکار و احساسات آزاردهنده نیست؛ بلکه هدف اصلی آن تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. مراد از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی توانایی تماس با لحظه لحظه‌های

زندگی و تغییر یا تثبیت رفتار است، رفتاری که به مقتضات موقعیت، همسو با ارزش های فرد می باشد. به بیانی دیگر، به افراد یاری می رساند تا حتی با وجود افکار، هیجانات و احساسات ناخوشایند، زندگی پاداش بخش تری داشته باشند (Flaxman and Bond, 2010).

ACT چندین ویژگی مجزا و مشخص دارد. از برجسته ترین این ویژگی ها ارتباط کامل با یک نظریه و پژوهش درباره ماهیت زبان و شناخت انسان (معرف «نظریه چارچوب ارتباطی» یا relational frame theory) است. این پیوند با قواعد رفتاری بنیادی، به ایجاد مدلی منحصر به فرد و تجربی از عملکرد انسان منجر شده است. مدل مزبور متشکل از شش فرایند درمانی است؛ فرایندهایی که ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر دارند: گسلش شناختی، پذیرش، تماس با لحظه اکنون، خویشمن مشاهده گر، ارزش ها، اقدام متعهدانه (Flaxman and Bond, 2010). در این درمان ابتدا سعی می شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و ...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می شود که هر گونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می شود و باید این تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به طور کامل پذیرفت. در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می یابد. در مرحله سوم به فرد آموخته می شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی یا داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آن ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن سازی ارزش ها). در نهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه؛ یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می تواند افکار افسرده کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث، هراس ها و یا اضطراب های اجتماعی و ... باشند (پور فرج عمران، ۱۳۹۰). چندین پژوهش از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش علائم افسردگی، اضطراب استرس و درد های مزمن حمایت کرده است. نتایج پژوهش های قبلی نشان داد که استفاده از رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش علائم افسردگی می شود.

ناجی (۹۶) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس زنان مبتلا به ام‌پرداخته است، یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش معنادار نشانه‌های اضطراب، افسردگی و استرس در زنان مبتلا به ام‌اس همراه است. در سال‌های اخیر الگوهای جدیدی همانند رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی شکل گرفته اند و تحول بزرگی در درمان مشکلاتی از جمله افسردگی ایجاد شده است. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بوسیله سگل و همکاران (Segal et al, 2002) در هشت جلسه گروهی (هفته ای یک جلسه) و بر اساس برنامه کاهش تنش مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) اولین بار برای، جلوگیری از عود افسردگی طراحی شده است. مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یکی از درمانهای شناختی رفتاری نسل سوم یا موج سوم قلمداد می شود. ذهن آگاهی شکلی از مراقبه است که ریشه در تعالیم و آئین‌های مذهبی شرقی خصوصاً بودا دارد (Crane, 2009).

لینهان (layhan, 1993) برای اولین بار به ضرورت گنجاندن ذهن آگاهی به عنوان یکی از مؤلفه‌های اساسی درمان‌های روانشناختی تأکید کرد. ذهن آگاهی به رشد سه کیفیت خودداری از قضاوت، آگاهی قصدمندانه و تمرکز بر لحظه کنونی در توجه فرد نیاز دارد که توجه متمرکز بر لحظه حال پردازش تمام جنبه‌های تجربه بلاواسطه شامل فعالیت‌های شناختی، فیزیولوژیکی یا رفتاری را موجب می شود. بواسطه تمرین‌ها و تکنیک‌های مبتنی بر ذهن آگاهی فرد نسبت به فعالیت‌های روزانه خود آگاهی پیدا می کند، به کارکرد اتوماتیک ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی می یابد و از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار، احساسات و حالت‌های جسمانی بر آنها کنترل پیدا می کند و از ذهن روزمره و اتوماتیک متمرکز بر گذشته و آینده رها می شود (Segal, Williams, Teasdale, 2002). یکی از اصول مهم در ذهن آگاهی "رها کردن" است. ما به طور کلی به خیلی چیزها چسبیده ایم: باورها، رویدادهای خاص، زمان‌های خاص، یک منظره، یک خواسته و ... زمانی که یاد بگیریم این چیزها را رها کنیم، نسبت به آنها آگاهی و پذیرش بیشتری کسب می کنیم و بدین ترتیب مشکلات و مسائل را با ذهنی شفاف تر و گشوده تر بررسی خواهیم کرد. یکی دیگر از اصول ذهن آگاهی اعتماد کردن است. ما ممکن است همیشه آنچه را رخ می دهد درک نکنیم ولی اگر یاد بگیریم به خودمان یا دیگران و به ویژه به قوانین هستی اعتماد کنیم، این کار قدرتی عمیق به ما می دهد که امنیت، تعادل و گشایش در کارها را به همراه دارد (عیوضی، ۱۳۹۰). چندین پژوهش از اثربخشی درمان ذهن آگاهی در کاهش علائم

افسردگی، اضطراب استرس و درد های مزمن حمایت کرده است. نتایج پژوهش های قبلی نشان داد که استفاده از رویکرد درمان ذهن آگاهی موجب کاهش علائم افسردگی می شود. بنابراین با توجه به آن چه مطرح شد، مشخص می شود بین افسردگی و اندیشه پردازی خودکشی رابطه معناداری وجود دارد و از طرفی درمان افسردگی منجر به بهبودی اندیشه پردازی خودکشی می شود و با توجه به این که مداخلات ACT و MBST در پژوهش های گوناگون اثربخشی معناداری بر افسردگی و اندیشه پردازی خودکشی داشته اند. لذا مسله پژوهش حاضر این خواهد بود آیا این دو روش در میزان افسردگی و اندیشه پردازی خودکشی زنان افسرده اثربخشی یکسانی دارند و یا دارای اثربخشی متفاوتی می باشند. بنابراین هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی مداخلات مذکور بر متغیر وابسته اندیشه پردازی خودکشی افراد افسرده می باشد.

۲. پیشینه تحقیق

خودکشی از آسیب های مهم فردی و اجتماعی است که به طور متوسط در میان معنادان و بیماران روانی بیشتر است. فردی خودکشی می کند، بر این باور است که در زندگی به اهداف و امیال خود نرسیده است و زندگی مفهوم خود را از دست داده است و مرگ بهتر از آن قلمداد می شود. حنا ساب زاده و همکاران (۱۳۹۰) به بررسی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مورد بیماران افسرده خودکشی گرا در یک مطالعه کیفی پرداختند، نتایج نشان داده است، درمان ذهن آگاهی در کاهش افکار خودکشی موثر است. ساش، کوپل و فکنبام (Sachse, Keville, Feiqenbaum, 2011) شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن باعث کاهش اجتناب از حوادث و خاطرات ناگوار و ناخوشایند و احساسات مرتبط با آنها می شود. دیمیدجیان و همکاران (Dimidjian et al, 2014) شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش نشخوار فکری و افسردگی می شود. پژوهش پتر، دوناز، جوینر (Petts, Duena., Gaynor, 2017) نشان داده که تعهد مبتنی بر پذیرش موجب کاهش نشانه های اختلالات افسردگی شده است.

والسر و همکاران (Walser, 2015) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان تعهد مبتنی بر پذیرش در افسردگی و افکار خودکشی در جانبازان پرداختند. یافته ها نشان داد که درمان تعهد مبتنی بر پذیرش منجر به کاهش معنادار نشانه های افسردگی و افکار خودکشی شده است.

رویین و همکاران (Robyn, 2015) در پژوهشی به منظور اثربخشی درمان تعهد و پذیرش در درمان افسردگی و افکار خودکشی در جانبازان انجام شده است. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش موجب کاهش افسردگی و افکار خودکشی شده است. مرور مباحث تجربی حکایت از این را دارد که خودکشی و اندیشه پردازی خودکشی با اختلالات روانی خصوصاً افسردگی رابطه عمیق و یکی از ملاک های مهم تشخیص اختلال افسردگی محسوب می شود، در تحقیقات صورت گرفته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی به تنهایی و یا با سایر درمان ها به کار رفته است، اما در این تحقیق هدف آن است که پژوهش به صورت جامع تری انجام شود و به طور ویژه در زنان افسرده و دارای اندیشه پردازی خودکشی با هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی مورد بررسی قرار دهد، بنابراین با توجه به این که افراد افسرده اکثراً دارای نشخوارهای فکری و افکار خود آیند، اندیشه پردازی خودکشی و کیفیت زندگی پایینی دارند و از آنجایی که تحقیقات انجام شده اثربخشی درمان ذهن آگاهی و تعهد مبتنی بر پذیرش را اثبات کرده و جلسات درمانی آنها نه مثل روان کاوی طولانی مدت، نه مثل شناختی - رفتاری خطی و خشک است، جلسات آنها کوتاه مدت، ۸ جلسه یک ساعتی می باشد بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین اثر بخشی شناختی درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، تعهد مبتنی بر پذیرش بر کاهش اندیشه پردازی خودکشی و افزایش کیفیت زندگی زنان افسرده انجام شده است.

۳. ادبیات نظری

اختلال افسردگی یک بیماری عودکننده با پیامدهای اجتماعی، اقتصادی، جسمانی و روانی بسیار است. در رابطه با اهمیت این اختلال می توان گفت که در حال حاضر افسردگی چهارمین بیماری شایع جهان محسوب می شود و بر اساس آمار اعلام شده از سوی سازمان بهداشت جهانی (WHO) ۳۴ میلیون نفر از افسردگی رنج می برند و طبق برآورد های انجام شده پیش بینی می شود تا سال ۲۰۲۰ این بیماری به دومین بیماری شایع جهان تبدیل شود. همچنین این بیماری با رنج طولانی مدت، اختلال در شغل، تحصیل، روابط بین فردی، خانوادگی و حتی خودکشی تا حد قابل توجهی بر کیفیت زندگی تاثیر می گذارد و به علت ناتوانی و غیبت های مکرر منجر به زیان اقتصادی زیادی می شود (محمد خانی و همکاران، ۱۳۹۲).

پدیده خودکشی به عنوان یکی از معضلات بهداشت روان در جهان به صورت یک مشکل روز افزون اهمیت ویژه ای را به خود اختصاص داده است. خودکشی، ناشی از شبکه ی پیچیده ای از علل و عوامل مزمن است که به مدل تئوری چند فاکتوری برای پیش‌گویی موارد آینده احتیاج دارد. همچنین نیازمند مداخله‌های همه جانبه ای برای کاهش استرس زهای فردی و اجتماعی است. هرگونه اقدامی در راستای پیشگیری و درمان خودکشی باید کاملاً مبتنی بر ریسک فاکتورها و علل خودکشی باشد (قربانی، ۱۳۸۳). مطالعه‌ای در میان جمعیت ۱۵ تا ۵۵ سال نشان می دهد که زنان، افرادی که در گذشته ازدواج کرده اند، افراد جوانتر از ۲۵ سال، افراد با تحصیلات پایین و کسانی که سابقه ی یک یا چند اختلال روانی داشته اند با احتمال بیشتری از همتایانشان انگاره پردازی خودکشی را عنوان می کنند. ریسک فاکتورهای زیادی مانند جنس، سن، طبقه ی اجتماعی پایین، نداشتن تحصیلات، اختلالات مغزی، مشکل‌های پزشکی و استرس شدید، برای خودکشی در نظر گرفته شده اند. از هم پاشیده بودن خانواده که با شاخص‌هایی مانند جدایی، دعوای خانوادگی، استرس، طلاق یا مشکل‌های قانونی والدین مشخص می شود، نیز با خودکشی مرتبط دانسته شده است. علی‌رغم ناتوانی ما برای پیشگویی دقیق اینکه چه کسی خودکشی خواهد کرد تعدادی نمای بالینی وجود دارد که با افزایش احتمال خودکشی همراه است. یک چند مورد از آنان را ذکر کرده است که شامل: بیان افکار خودکشی، دارا بودن بیماری روان خصوصاً افسردگی و اسکیزوفرنی، الکل و سوء مصرف مواد، بیماریهای جسمی، انزوای اجتماعی و در دسترس بودن وسایل خودکشی می باشد. مثلاً احتمال خودکشی طی سال اول ابتلا به افسردگی اساسی با وجود حمله ی هراس، اختلالات اضطرابی همراه، اختلال تمرکز، بی خوابی، مصرف متوسط الکل و بی میلی زیاد می شود، در حالی که احتمال خودکشی در این بیماران بعد از ۱ سال در صورت وجود عواملی مانند افسردگی اساسی، ناامیدی شدید، انگاره پردازی خودکشی و سابقه ی خودکشی قبلی افزایش می یابد. دو دیدگاه عمده در مورد علل خودکشی وجود دارد. دیدگاه اول جامعه‌شناختی است، مسئولیت خودکشی را بردوش جامعه می گذارد و دیدگاه دوم که روان‌شناختی است، بیشتر بیانگر مسئولیت و تصمیم‌گیری فردی است. هر چند به نظر می‌رسد تعامل و ترکیبی از عوامل اجتماعی و فردی بیشتر تعیین‌کننده موضوع می باشد (قربانی، ۱۳۸۳). در تمام سنین مردها سه برابر زن‌ها خودکشی موفق داشته اند در حالی که زن‌ها سه برابر مردها اقدام به خودکشی می کنند. در جهان غرب مردها به مقدار بیشتری از

زن ها بوسیله ی خودکشی می میرند، در حالیکه زن ها به مقدار بیشتری اقدام به خودکشی می کنند. بعضی از باورهای حرفه ای پزشکی معتقدند که ریشه ی این مسئله از این واقعیت منشا می گیرد که مردان بیشتر علاقمندند تا با وسایل مؤثروخشونت آمیز به زندگی خود پایان دهند، در حالیکه زن ها به طور اولیه از روش های با شدت کمتر مثل مصرف بیش از حد دارو استفاده می کنند. در بیشتر کشورها، خودکشی در اثر مصرف بیش از حد داروها در دو سوم خودکشی های زنان و یک سوم خودکشی های مردان دیده می شود (اسلامی نسب، ۱۳۷۱).

۴. روش

۱.۴ طرح پژوهش و شرکت کنندگان

این پژوهش از نوع آزمایشی و با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش راکلیه زنان افسرده مراجعه کننده به مراکز روان شناختی شهر یاسوج تشکیل می دادند که از این بین ۲۴ نفر (۸ نفر تحت درمان ذهن آگاهی، ۸ نفر تحت تعهد و پذیرش، ۸ نفر گروه کنترل) ۱۶ نفر گروه آزمایشی و ۸ نفر کنترل به صورت نمونه گیری غیر تصادفی در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۸ نفری آزمایش و یک گروه ۸ نفری کنترل جایگزین شدند، که گروه کنترل هیچ نوع مداخله ای دریافت نکرد. لازم به ذکر است که در طرح مورد نظر از آزمودنی هایی که بصورت داوطلبانه حاضر به همکاری بودند استفاده به عمل آمد. ملاک های ورود به پژوهش عبارتند از: دارا بودن تشخیص اختلال افسردگی بر اساس ملاک های DSM-5 توسط محقق با استفاده از مصاحبه بالینی و پرسشنامه افسردگی بک، بستری نشدن در بیمارستان طی ۲ ماه گذشته به دلیل مسایل روان پزشکی، داشتن تحصیلات حداقل سیکل ، استفاده نکردن از روان درمانی و دارو درمانی خارج از مداخله پژوهش، نداشتن سایر اختلالات روان پزشکی، ملاک های خروج از پژوهش نیز عبارت بود از بستری شدن در بیمارستان در طول پژوهش، نداشتن سواد و داشتن علایم سایکوتیک بارز، غیبت بیش از سه جلسه و تغییر محل سکونت بودند. در این پژوهش آزمودنی ها گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت درمان شناختی مبتنی بر ذهن- آگاهی (۱۳) ، ۸ جلسه تحت درمان تعهد مبتنی بر پذیرش هریس قرار گرفتند و در این مدت، گروه گواه مداخله ای دریافت نکرد. برنامه ی مداخله، براساس جلسات در جدول های زیر ارائه شده است. به منظور رعایت اصول اخلاقی در

۱۰ مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر اندیشه‌پردازی ...

مطالعه ۵ جلسه درمان تعهد و پذیرش و ۵ جلسه درمان ذهن آگاهی برای گروه کنترل پس از اجرای پس آزمون انجام شد. شرح جلسات آموزش درمان تعهد و پذیرش و ذهن آگاهی در جدول شماره ۱ و ۲ ارائه شده است

راهنمای درمانی و آموزشی برای درمان ذهن آگاهی، پذیرش و تعهد

جدول شماره ۱. خلاصه محتوای طرح درمانی ذهن آگاهی (MBCT)

<p>جلسه اول. خوشآمدگویی، بحث راجع به مکان برگزاری، تعداد جلسات، طول دوره و مدت زمان هر جلسه، مطرح کردن قوانین و مقررات، معرفی و آشناسازی، ارائه خلاصه ای از روش درمان و بیان هدف جلسات، انجام پیش آزمون.</p> <p>جلسه دوم. بیان خلاصه محتوای جلسه قبل با مراجع، توضیح راجع به اینکه الگوی فراشناختی ذهن آگاهی انفضالی چیست و ارائه نمودار آن، بحث راجع به الگو، آموزش فن کنترل توجه و تمرین آن، ارائه تکلیف و تاکید بر انجام تکلیف، دریافت بازخورد.</p> <p>جلسه سوم. دریافت بازخورد از جلسه قبل، مرور تمرین و تکلیف جلسه قبل، آموزش و تمرین فن هدایت فراشناختی، آموزش و تمرین آزمایش ضد منع بازداری، ارائه تکلیف خانگی.</p> <p>جلسه چهارم. دریافت بازخورد از جلسه قبل، بحث پیرامون تکالیف خانگی، آموزش و تمرین فن تداعی آزاد، ارائه تکلیف خانگی،</p> <p>جلسه پنجم. دریافت بازخورد از جلسه قبل، مرور تکلیف خانگی، آموزش و تمرین فن تجویز ذهن سرگردان، آموزش تمرین تکلیف ببر، ارائه تکلیف، دریافت بازخورد.</p> <p>جلسه ششم. دریافت بازخورد از جلسه قبل، مرور تکلیف خانگی، آموزش و تمرین فن حلقه کلامی، آموزش و تمرین فن کودک متمرده، ارائه تکلیف خانگی، دریافت بازخورد.</p> <p>جلسه هفتم. دریافت بازخورد جلسه قبل، مرور تکلیف خانگی، آموزش و تمرین روش تصویرسازی ابرها، آموزش و تمرین روش تمثیل ایستگاه قطار، ارائه تکلیف خانگی، دریافت بازخورد.</p> <p>جلسه هشتم. دریافت بازخورد از جلسه های درمانی، مرور تکالیف و پاسخگویی به سؤاها و اشکال ها، تمرین تکنیک های آموخته شده در جلسه های قبل با مشارکت اعضا، بیان ضرورت و لزوم به کارگیری فنون آموخته شده جهت کاهش نشانه‌های بیماری و افزایش بهبود کلی، بحث راجع به وضعیت روانی فعلی اعضا، پاسخ به سؤاها مطرح شد، تعیین جلسه پیگیری، انجام پس آزمون</p>
--

جدول شماره ۲. خلاصه محتوای طرح درمانی پذیرش و تعهد (ACT)

<p>پیش جلسه آشنایی اولیه با مراجع و برقراری رابطه مناسب با هدف پر کردن صحیح پرسشنامه ها و ایجاد اعتماد؛ اجرای پرسشنامه جمعیت شناختی و اجرای پیش آزمون.</p> <p>جلسه ی اول: اجرای پیش‌آزمون، ارزیابی، مصاحبه تشخیصی و ضابطه بندی درمان</p> <p>جلسات دوم: آشنایی با مفاهیم درمانی پذیرش. تعهد، ایجاد بینش در مراجع نسبت به مشکل و به چالش کشیدن کنترل.</p> <p>جلسات سوم: آموزش نوامیدی خلاقانه و آشنایی با فهرست ناراحتی ها و مشکلاتی که مراجع برای رهایی از آنها تلاش نموده است.</p> <p>جلسات چهارم: ایجاد پذیرش و ذهن آگاهی بواسطه رها کردن تلاش برای کنترل و ایجاد گسلس شناختی و</p>
--

مرور جلسه پیشین و تکالیف

جلسات پنجم: هدف: آموزش زندگی ارزشمدار و انتخاب و مرور جلسات پیشین و تکالیف
جلسات ششم: ارزیابی اهداف و اعمال، تصریح ارزشها، اهداف و اعمال و موانع آن ها.
جلسات هفتم: بررسی مجدد ارزش ها، اهداف و اعمال و آشنایی و درگیری با اشتیاق و تعهد
جلسه هشتم: شناسایی و رفع موانع عمل متعهدانه، جمع بندی و اجرای پس آزمون

۲.۴ ابزار اندازه گیری

جهت سنجش اندیشه پردازی خودکشی از مقیاس اندیشه پردازی خودکشی Beck (BSSI) که در سال ۱۹۷۹ توسط بک، برای سنجش میزان مستعد بودن فرد به خودکشی ساخته شد استفاده شد. اجرای آن از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته بوده و برآوردی عددی از شدت افکار و امیال خودکشی گرایانه فراهم می کند. این مقیاس مشتمل بر ۱۹ ماده است. که توسط بالینگر بر روی یک مقیاس سه نقطه ای از صفر (کمترین شدت) تا ۲ (بیشترین شدت) درجه بندی می شود. پنج ماده اول میل آزمودنی به زنده بودن یا مردن را غربالگری می کند و از این طریق مدت زمان اجرا در افراد فاقد میل به خودکشی را کاهش می دهد. تنها افرادی که آرزوی انجام اقدام فعالانه یا منفعلانه خودکشی را گزارش کنند در مواد ۶ تا ۱۹ درجه بندی می شوند. این مواد به طول مدت و فراوانی افکار خودکشی گرایانه، میزان آرزوی مردن، احساس کنترل بر آرزوهای خودکشی گرایانه، طرح و برنامه خودکشی، وسیله و فرصت روش خودکشی، نیرومندی آرزوی زنده بودن و آرزوی مردن، بازدارنده های درونی و بیرونی و سابقه اقدامات قبلی خود کشی مربوط می شود. در پژوهش های گوناگون اعتبار و پایایی BSSI تأیید شده است. برای مثال بک، ضریب پایایی و پایایی بین ارزیابان آن را به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۳٪ گزارش کردند، (۲۲) در ایران نیز اعتبار و پایایی BSSI بررسی و تأیید شده است (۲۳) و در پژوهش حاضر ضریب الفای کرونباخ ۰/۹۶ بدست آمده است.

۳.۴ تعریف نظری و عملیاتی مفاهیم

۱.۳.۴ اندیشه پردازی خودکشی

خودکشی پدیده ای متحد الشکل نیست بلکه می توان آن را در طول پیوستاری از فکر کردن به خودکشی تا اقدام عملی برای ارتکاب آن در نظر آورد. افراد در معرض خودکشی

۱۲ مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر اندیشه‌پردازی ...

را می توان به سه گروه تقسیم کرد: اندیشه پردازان، اقدام کنندگان و تکمیل کنندگان. اندیشه پردازان افرادی هستند که اخیراً اقدامات آشکاری برای خودکشی انجام نداده اند اما درباره آن فکر کرده یا طرح ها و آرزوهایی برای ارتکاب آن در سر پرورانده اند. (Davila and Daley,2000).

عملیاتی: نمره ای که فرد از طریق آزمون ۱۹ سوالی اندیشه پردازی خودکشی بک(۱۹۷۹) کسب می کند.

۲.۳.۴ شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

مفهومی: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به وسیله سگال و همکاران (seagal et al,2000) برای هشت جلسه یک ساعته (هفته ای یک جلسه) و بر اساس برنامه کاهش تنش مبتنی بر ذهن آگاهی کابات زین طراحی شده است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی عناصری از شناخت درمانی را به درمان می افزاید که در آن دیدگاه تمرکززدایی، افکار فرد را تسهیل می سازد. در این روش به افراد افسرده آموزش داده می شود که افکار و احساسات خود را بدون قضاوت، مشاهده کنند و آنها را وقایع ذهنی ساده ای ببینند که می آیند و می روند، به جای آنکه آنها را به عنوان قسمتی از خودشان یا انعکاسی از واقعیت در نظر بگیرند. این نوع نگرش به شناخت های مرتبط با افسردگی، مانع تشدید افکار منفی در الگوی نشخوار فکری می شود و به معنای توجه کردن به شیوه ای خاص و هدفمند در زمان حاضر و خالی از قضاوت است و همچنین شامل زنده نگه داشتن هشیاری فرد بر واقعیت حاضراست.

عملیاتی: منظور از آن مجموعه تکنیک ها و راهبردهایی است که در قالب یک برنامه انفرادی ۸ جلسه ای، یک ساعته که از سوی سگال، ویلیامز و تیزدل ارائه شده است و توسط محمدخانی و همکاران سال ۱۳۸۴ ترجمه شده است.

۳.۳.۴ درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش

مفهومی: درمانهای مبتنی بر پذیرش به عنوان درمانهای شناختی-رفتاری موج سوم شناخته می شوند و در آنها تلاش می شود بجای تغییرشناخت ها، ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از رایج ترین نوع این درمان هاست. هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی

ارزشمندتر و رضایت بخش تر از طریق افزایش انعطاف پذیری روانشناختی است و شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف پذیری روانشناختی منجر می شوند و عبارتند از: پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزشها و عمل متعهد (Forman and Herbert, 2006).

عملیاتی: منظور از آن مجموعه تکنیک ها و راهبردهایی است که در قالب یک برنامه انفرادی ۸ جلسه ای، یک ساعته از سوی راس هریس ارائه شده است.

۵. یافته‌ها

۱.۵ یافته‌های توصیفی

از مجموع ۲۴ نفر افراد گروه نمونه ۸ نفر در گروه ذهن آگاهی، ۸ نفر در گروه تعهد و پذیرش و ۸ نفر نیز در گروه کنترل قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار گروه تعهد و پذیرش پیش آزمون (۲۵ و ۴)، پس آزمون (۳ و ۵)، میانگین و انحراف معیار گروه ذهن آگاهی پیش آزمون (۲۲ و ۵)، پس آزمون (۶ و ۵) و میانگین و انحراف معیار گروه کنترل پیش آزمون (۱۶ و ۹)، پس آزمون (۱۶ و ۱۰) می باشد.

جدول ۳. آماره های توصیفی اندیشه پردازی خودکشی

متغیر	فراوانی	درصد	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد
تعهد و پذیرش	پیش آزمون	۸	۳۳	۱۹	۳۱	۲۵
	پس آزمون	۸	۳۳	۰	۱۲	۳
ذهن آگاهی	پیش آزمون	۸	۳۳	۱۴	۳۰	۲۲
	پس آزمون	۸	۳۳	۰	۱۳	۶
کنترل	پیش آزمون	۸	۳۳	۴	۳۰	۱۶
	پس آزمون	۸	۳۳	۴	۳۰	۱۶

۲.۵ یافته‌های استنباطی

این بخش به ارائه نتیجه تجزیه و تحلیل داده‌ها، با هدف آزمون فرضیه‌های پژوهش اختصاص دارد. طرح پژوهش مورد استفاده، طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بوده است. متغیر وابسته عبارتند از نمره پس آزمون اندیشه پردازی خودکشی و متغیرهای

تصادفی کمکی (متغیر همراه) نیز عبارتند از نمره پیش آزمون اندیشه‌پردازی خودکشی متغیر مستقل نیز جهت مداخله به هر گروه ارائه شده است، که شامل دو روش درمانی ذهن آگاهی، تعهد و مبتنی بر پذیرش از این دو مداخله است، می‌باشد. سپس تاثیر درمان بر هریک از متغیرهای وابسته با کمک تحلیل کوواریانس تک متغیره (آنکوا) بررسی شده است. در نهایت نیز برای مشخص شدن تاثیر هریک از روش‌ها بر هر متغیر، آزمون تعقیبی وینفرونی بکارگرفته شده است. جهت استفاده از تحلیل کوواریانس ابتدا پیش فرض اساسی این روش شامل، همگنی واریانس‌ها و همگنی ضرایب رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت **مفروضه همگنی واریانس‌ها:** جهت بررسی یکسان بودن واریانس‌های دو گروه (آزمایش و کنترل) در این اندازه‌گیری از آزمون لوین استفاده شد. همگنی واریانس‌ها به این معناست که بین واریانس دو گروه نباید تفاوت معنادار وجود داشته باشد.

جدول ۴: نتایج آزمون لوین

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
نشخوارفکری	۲/۳۵۷	۳	۵۵	۰/۰۸۲

سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ است؛ به این معنا که بین واریانس چهارگروه مورد مطالعه تفاوت معنادار وجود ندارند. بنابراین مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار و استفاده از تحلیل کوواریانس مجاز است.

همگنی ضرایب رگرسیون: به منظور بررسی همگنی ضرایب رگرسیون از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد؛ که نتایج آن در جدول زیر گزارش شده است. لازم به ذکر است که آزمون همگنی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل بین پیش آزمون متغیرهای وابسته و متغیر مستقل مورد بررسی قرار می‌گیرد. در صورت معنادار نبودن این تعامل مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون برقرار است.

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس برای یکسان بودن شیب خط رگرسیون

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه	۲۵/۴۹۱	۳	۸/۴۹۷	۰/۷۰۹	۰/۵۵۱
پیش آزمون	۹۶۶/۲۷۱	۱	۹۶۶/۲۷۱	۸۰/۶۶۳	۰/۰۰۰۱
گروه × پیش آزمون	۵۳/۲۷۱	۳	۱۷/۷۵۷	۱/۴۸۱	۰/۲۳۱

خطا	۶۱۱/۳۴۴	۵۱	۱۱/۹۸۷
کل	۱۱۰۸۳/۰۰۰	۵۹	

با توجه به نتایج حاصل از تحلیل واریانس یکطرفه برای بررسی همگنی ضرایب رگرسیون مشاهده شد که آماره F ، برای تعامل گروه و پیش آزمون برابر (۰/۷۰۹) است که در سطح ۰/۰۵ نمی باشد. این نتایج به معنای آن است که تفاوت معناداری میان ضرایب مشاهده نمی گردد در نتیجه فرض همگنی ضرایب نیز برقرار است. بنابراین امکان انجام تحلیل کوواریانس وجود دارد.

جدول ۶: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای دو گروه آزمایش و کنترل

منابع تغییر شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
پیش آزمون	۳۲۰/۰۰۶	۱	۳۲۰/۰۰۶	۵	۰/۰۲۵
تفاوت گروه‌ها در پس آزمون	۹۲۹/۰۰۰	۲	۴۶۴/۰۰۰	۸	۰/۰۰۲
خطا	۱۱۴۴/۰۰۰	۲۱	۵۴۱۲/۰۰۰		
کل	۳۹۱۶/۰۰۰	۲۵			

همانطور که در جدول بالا مشاهده می شود، نتیجه آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری برای اندیشه پردازی خودکشی در سطح اطمینان ۹۵٪ معنادار است ($F=۸$ و $P=۰/۰۰۲$). بنابراین نتیجه گرفته می شود که حداقل بین دو گروه از ۳ گروه درمانی تعهد و پذیرش، ذهن آگاهی، و کنترل (تفاوت معنادار وجود دارد. برای مشخص کردن این مطلب که بین کدام گروه‌ها تفاوت وجود دارد از آزمون تعقیبی وینفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر ارائه شده است.

جدول: نتایج آزمون وینفرونی (اندیشه پردازی خودکشی)

گروه اول	گروه دوم	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
تعهد و پذیرش	ذهن آگاهی	-۵	۳	۰/۰۰۰
	کنترل	-۱۶	۴	۰/۰۰۲
ذهن آگاهی	تعهد و پذیرش	۵	۳	۰/۰۰۰
	کنترل	-۱۰	۳	۰/۰۰۲
کنترل	تعهد و پذیرش	۱۶	۴	۰/۰۰۲
	ذهن آگاهی	۱۰	۳	۰/۰۰۲

تفاوت میانگین گروه کنترل با هر دو گروه دیگر معنادار شده است ($P < 0/05$)؛ به این معنا که هریک از دو روش درمانی بکار رفته بر بهبود اندیشه پردازی خودکشی اثرگذار بوده است. اما تفاوت بین دو گروه تعهد و پذیرش و ذهن آگاهی معنادار است. که با توجه به میانگین نمرات هریک از این گروه‌ها در پس آزمون چنین استنباط می‌گردد که تاثیر روش تعهد و پذیرش بر اندیشه پردازی خودکشی بیشتر بوده است.

۶. نتیجه‌گیری

مقایسه اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان ذهن آگاهی بر اندیشه پردازی خودکشی زنان افسرده مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر یاسوج انجام شد. یافته‌های این مطالعه نشان داد که مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان ذهن آگاهی بر اندیشه پردازی خودکشی زنان افسرده اثر معنی دار داشته است ($P < 0/05$)، نتایج این پژوهش نشان داد که بین دو گروه در نمرات پس آزمون اندیشه پردازی خودکشی زنان افسرده تفاوت معنی داری وجود داشت ($P > 0/05$). در این مطالعه درمان تعهد و پذیرش موثرتر از درمان ذهن آگاهی بوده است که دلایل زیر علل احتمالی این یافته ها می باشد. درمان تعهد و پذیرش روی عدم همجوشی، ارزش ها، معنادرزندگی، رنج دیدن و در دل رنج پرورش یافتن و تاکید روی استعاره ها که استعاره با فرهنگ جامعه آماری عجین شده است، نسبت به درمان ذهن آگاهی بیشتر تاکید دارد. همچنین پژوهش هایی در رابطه با مقایسه اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن و درمان تعهد مبتنی بر پذیرش بر اندیشه پردازی خودکشی زنان افسرده انجام شده اند. در پژوهش های مذکور نشان داده شده است که در افراد مبتلا به اختلال افسردگی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن و درمان تعهد مبتنی بر پذیرش منجر به بهبودی اندیشه پردازی خودکشی افراد افسرده شده است. نتایج مربوط به اثربخش بودن درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر اندیشه پردازی خودکشی زنان افسرده، در پژوهش حاضر با نتایج پژوهش حنا ساب زاده و همکاران (۱۳۹۰)، مردانی (۲۰۱۶ تیموری، رضانی، محجوب (۱۳۹۴)، ساش، کوپل و فکنبام (Sachse, Keville, Feiqenbaum, 2011)، دیمیدجیان و همکاران (Dimidjian, 2014) همسو است. در تبیین دلایل تاثیر درمان ذهن آگاهی بر اندیشه پردازی خودکشی باید گفت، درمان ذهن آگاهی فرصتی فراهم می کند تا فرد احساسات و افکار خود را بدون از قضاوت بپذیرد، سعی کند با هیجانات ناخوشایند خود ارتباط برقرار کند، روی افکار و

رفتار خود توجه آگاهانه دارد، درمان ذهن آگاهی با فرهنگ دینی ما مثل تاکید بر روی شناخت احساسات، بدن و افکار خود پیوند عمیقی دارد، به فرد یاد می دهد که بیماری و دردهای همراه با بیماری را بپذیرد و در درمان نشخوار فکری اگر بیمار به آگاهی رسیده که فکر با واقعیت تفاوت دارد به سهولت نشخوار فکریشان کاهش پیدا می کند.

ساش، کوپل و فکنبام (Sachse, Keville, Feiqenbaum, 2011)، خاطر نشان نموده اند، افکار خودکشی مانند افسردگی ماهیت دوره ای دارند و از سوی دیگر همان گونه که شنیدمن (Shneidman, 1993) گفته است، در خودکشی هدف همیشه مرگ نیست و بسیاری موارد، خواسته بیمار خاتمه بخشیدن به درد روانی است، در حالی که برای بسیاری از بیماران خودکشی گرا این واقعیت ساده که احساس های بد تا ابد دوام ندارد، در میان شبکه ای از احساسات دردناک درد، رنج، ملال، درماندگی، ناامیدب و احساس گناه گم می شود با کنار گذاشتن این دو واقعیت، می توان نتیجه گیری نمود، چنان فرد خودکشی گرا ابتدا آگاهی لازم را بدست بیاورد که رنج روانی همیشگی نیست و سپس به او کمک شود به جای داوری منفی به این رنج ها، تنها نظاره گر آن باشد و آن را همان گونه که هست بپذیرد، می توان به او کمک نمود تا دوره ی محدوده خودکشی گرایشی را بدون از خطر پشت سرگذارد. این یافته همخوان با تحلیل کیفی در پژوهش فاینو و مرکر (Mercer, Finucane, 2006) می باشد که در پژوهش ان ها مشخص شد، شرکت کنندگان، حضور در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را به عنوان تجربه ای مبنی بر بهنجار سازی و معتبر سازی مشکلات خود توصیف کرد. تیزدل (Teasdale, 2000) با روش ذهن آگاهی، افکار فرد به عنوان حوادث ذهنی تجربه شده و از تمرکز و توجه روی تنفس به عنوان ابزاری برای زندگی در زمان حال استفاده می شود. با این روش بیماران آموزش می بینند تا چرخه نشخوار فکری را متوقف کرده و از افکار منفی خود فاصله گیرند آموزش انعطاف پذیر روی توجه، غنی سازی ذهنی، توقف نشخوار فکری، اصلاح باورهای مثبت و منفی غلط و همچنین چالش با باورهای منفی مربوط به هیجانان، باعث کاهش افسردگی و نشخوار فکری می شود. کاریچهد (Carighead, 2003) شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، نوید تازه ای در تبیین رویکرد درمان شناختی رفتاری است. آموزش ذهن آگاهی مستلزم یادگیری فراشناختی و استراتژی های رفتاری جدید برای متمرکز شدن روی توجه، جلوگیری از نشخوارهای فکری و گرایش به پاسخ های نگران کننده است و باعث گسترش افکار جدید و کاهش

هیجان‌ناخوشایند است. در واقع به نظر می‌رسد تمرین‌های ذهن آگاهی (MBCT) افراد نسبت به لحظه حال، از طریق فنونی مثل توجه به تنفس و بدن، و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات اثر دارد. و همچنین نتایج مربوط به اثربخش بودن درمان تعهد مبتنی بر پذیرش (ACT) بر اندیشه‌پردازی خودکشی افراد افسرده در پژوهش حاضر با نتایج پژوهش ناجی (۱۳۹۶) (Petts, Duenas, Gaynor, 2017)، (Walser et al, 2015) همسو است. امروزه با نسل سوم این درمان‌ها مواجه هستیم که آنها را می‌توان تحت عنوان کلی، مدل‌های مبتنی بر پذیرش نامید؛ مانند، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)، درمان فراشناختی، درمان پذیرش و تعهد (ACT). در این درمان‌ها به جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. یکی از این درمان‌ها که اخیراً در مرکز توجه جدی پژوهشگران قرار گرفته است، درمان پذیرش و تعهد (ACT) می‌باشد. درهدف اصلی ACT ایجاد انعطاف پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی دربین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود. 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 هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچگونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به طور کامل پذیرفت. در مرحله دوم، بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی، فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم، 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. چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی یا داستان شخصی که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزشهای شخصی اصلی اش را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن سازی ارزش‌ها). در نهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی؛ فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی، این تجارب ذهنی می‌توانند افکار غیرمنطقی، وسواسی، فلش بک، خشم، استرس، هراس‌ها و یا اضطراب‌های

اجتماعی و... باشند. مزیت عمده این روش نسبت به روان درمانی های دیگر، در نظر گرفتن جنبه های انگیزشی به همراه جنبه های شناختی، به جهت تأثیر و تدوام بیشتر اثربخشی درمان است. پترز، ترامپر و اسشریوز (Pots, Trompeter, Schreurs, 2016) درمان تعهد مبتنی بر پذیرش موجب کاهش نشانه های اختلالات افسردگی شده است. والسر، کارورت، کارلین، تروکی و دانیلی (Walser, Garvert, Karlin Trocke, Danielle, 2015) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان تعهد مبتنی بر پذیرش در افسردگی و افکار خودکشی در جانبازان پرداختند. یافته ها نشان داد که درمان تعهد مبتنی بر پذیرش منجر به کاهش معنادار نشانه های افسردگی و افکار خودکشی شده است. فولک (Folke, 2012)، به این نتیجه رسیدند که درمان پذیرش و تعهد درمانی بر کاهش افسردگی موثر است.

با توجه به یافته های پژوهش حاضر و سایر تحقیقات می توان استنباط کرد که مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان ذهن آگاهی در مولفه های زیادی از جمله آگاهی از افکار، احساسات و رفتار خود، پذیرش، عدم اجتناب، عدم همجوئی، تمیز فکر از واقعیت اشتراک دارند، این اشتراک ها احتمالاً باعث شده که هر دو درمان موثر باشند و از آنجایی که هر دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان ذهن آگاهی با فرهنگ شرق مثل آیین بودا پیوند خورده است و با فرهنگ معنوی و مذهبی ایران رابطه عمیقی دارد که باورهای معنوی را به عنوان یک سازه یا طرحواره شناختی مفهوم سازی می کنند که به کاهش اختلاف بین اهداف موجود و اهداف آرزومندانه کمک می کند. یکی دیگر از اصول ذهن آگاهی و تعهد پذیرش، کیفیت بخشی به آگاهی درونی است که از طریق آموزش حضور ذهن انجام می گیرد. در اسلام علاوه بر توجه به خودشناسی که آن را مقدمه ای بر خداشناسی می داند و همچنین شناخت خود را سودمندترین معارف محسوب می کند، به حضور « قلب » نیز در انجام کارها تأکید فراوانی شده است. وجه مشترک دیگری که در ذهن آگاهی و تعهد پذیرش و اسلام وجود دارد این است که در ذهن آگاهی و تعهد پذیرش برای ایجاد آرامش درونی و تمرکز از نوعی « ورد » یا « مانترا » استفاده می شود. در اسلام استفاده از « اذکار » و « ادعیه » برای آرامش درون و پیوند با خداوند توصیه شده است. پذیرش این امر که خداوند کنترل زندگی فرد را در دست دارد و همواره می توان به او تکیه نمود، باعث پذیرش دردها و رنج بیشتر و زندگی برای آنها معنادارتری شود. در جامعه ما درد را نوعی سازش، پختگی و رسیدن به کمالات و رشد خود می دانند که در مسیر زندگی وجود دارد و لازمه یک زندگی پویاست و حتی با تاریخ جامعه مورد

پژوهش که زندگی کوهستانی و عشایری توام با سختی‌ها و رنج‌های فراوان بوده، نشان داد که احتمال می‌رود در موثر بودن درمان ذهن آگاهی و تعهد و پذیرش کمک کرده است. اما از آنجایی که درمان تعهد و پذیرش نسبت به ذهن آگاهی روی معنای زندگی، ارزش‌ها، اهداف، عدم همجوشی شناختی و نقش و اهمیت زبان تاکید فراوانی دارد احتمال می‌رود این عوامل باعث شده که درمان تعهد و پذیرش موثرتر از درمان ذهن آگاهی بوده است. لذا با توجه به نتایج این پژوهش و تأثیر ذهن آگاهی و درمان تعهد مبتنی بر پذیرش بر اندیشه‌پردازی خودکشی زنان افسرده استفاده از این روش جهت کاهش و بهبود اندیشه‌پردازی خودکشی زنان افسرده به متخصصان پیشنهاد می‌شود.

پی‌نوشت‌ها

۱. درمان تعهد و پذیرش (ACT) یکی از درمان‌های موج سوم رفتاری است. ترکیب شناخت و رفتار.
۲. درمان ذهن آگاهی (MBCT) یکی از درمان‌های موج سوم رفتاری است. ترکیب شناخت و رفتار.

کتاب‌نامه

- اسلامی نسب، علی (۱۳۷۴) بحران خودکشی (مبانی روانشناختی رفتار خود - تخریبی و تهاجمی) تهران: فردوس
- پور فرج عمران، مجید. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان. فصلنامه دانش و تندرستی، دوره ۶، شماره ۲: ۵-۱.
- تیموری، سعید، رضایی، فرزانه، نجمه محجوب (۱۳۹۴) در پژوهشی به بررسی اثربخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی زنان در حال ترک با متادون. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال نهم، شماره سی و چهارم، تابستان ۱۳۹۴.
- حنا ساب زاده، مریم، یزدان دوست، رخساره، اصغر نژاد، فرید، علی اصغر، غرابی، بنفشه (۱۳۹۰). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مورد بیماران افسرده خودکشی گرا: یک مطالعه کیفی. مجله علوم رفتاری، ۱۳۹۰، ۳۸-۳۳
- عیوضی، ن. (۱۳۹۰). حضور ذهن (ذهن آگاهی). نشریه طب کل نگر ۲۱. سال ۸، شماره ۳، صص: ۱-۳.
- قربانی، سهیلا (۱۳۸۳) بررسی علل خودکشی در کرمانشاه در بین سالهای ۷۷ و ۷۸. در مقالات اولین همایش ملی آسیب‌های اجتماعی در ایران. ج. ۴. خودکشی. تهران

کاپلان و سادوک. (۲۰۱۵). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری و روانپزشک. ترجمه: فرزین رضایی (۱۳۹۶). نشر ارجمند ۱۳۹۶.

گنجی، مهدی (۱۳۹۴)، آسیب شناسی براساس DSM5، نشر ساوالان، تهران، چاپ ۱۳۹۴
محمدخانی، پروانه، حسنی، فریبا، سپاه منصور، مژگان، محمودی، غلامرضا، زرین سادات، لاریجانی (۱۳۹۲) پژوهشی باهدف مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناختی در کاهش نشخوار فکری و علایم افسردگی، فصلنامه علمی- پژوهشی فیض، دوره ۱۲، شماره ۲، بهار ۹۲

مردانی آزاد، اسماعیل (۲۰۱۶) مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمان (ACT) بر کاهش اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از حادثه با کنترل اثر افسردگی، اضطراب و استرس. دومین کنفرانس بین المللی علوم رفتاری و مطالعات اجتماعی، استانبول ترکیه، زمستان ۹۴
ناجی، سیده فاطمه (۹۶) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در نشانه های افسردگی، اضطراب و استرس زنان مبتلا به ام اس، چهارمین کنفرانس بین المللی نوع آوری های اخیر در روان شناسی، تیر ۹۶.

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press
- Carighead, W. E., (2003) Behavioral & cognitive Behavioral psychotherapy. In G. Stricker & T. A. Widiger (vol. Eds.) & I. B. Weiner (Editor in chief) *Handbook of psychology* vol. 8, Clinical Psychology. NJ: Jone Wiley, & Sons
- Crane R. (2009). *Mindfulness based cognitive therapy*. 1st Ed. New York: Rout ledge press; 35
- Davila J, Daley S. Studying interpersonal factors in suicide: Perspectives from depression research. In: Joiner T, Rudd M, Editors, *Suicide science: Expanding the boundaries*. Boston Kluwer Academic, 2000: 175-200
- Dimidjian, S. Beck, A. Felder, J.N. Boggs, J.M. Gallop, R & Segal, Z. (2014). Web-based Mindfulness-based Cognitive Therapy for reducing residual depressive symptoms: An open trial and quasi-experimental comparison to propensity score matched controls. *Behavior Research and Therapy*, 63, 83-89
- Finucane A, Mercer SW. An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC psychiatry*. 2006; 6:14
- Flaxman, P.E., & Bond, F. W. (2010). A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 8: 816-820
- Folke F, Parling T, Melin L. Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. *Cogn Behav Pract* (2012) Nov 19(4):583-594

- Forman EM, Herbert JD. *New directions in cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatment in your practice*, 2nd ed. New York: Wiley, 2008: 263-265
- Foroutani MR. [Depression in some college students]. *Iran J Nurs*. 2005; 18(1): 123-30
- Goldfrine, K.A. Hearing. C. (2010). The effects of mindfulness based-cognitive therapy on recurrent of depressive episode, mental health and quality of life: a randomized controlled study. *Behavior research and therapy*. Vol: 48. 738-746
- Hasanzadeh Taheri M, Mogharab M, Akhbari S, Raeisoon M, Hasanzadeh Taheri E. Prevalence of depression among new.(2010)
- 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
- Hayes, S.C., Levin, M.E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J.L. and Pistorello, J. (2013) *Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy*. *Behavior Therapy*, 44, 180-196
- Long DM, Hayes SC. Acceptance, mindfulness, and cognitive reappraisal as longitudinal predictors of depression and quality of life in educators. *Journal of contextual behavioral science*. 2014;3(1):38-44
- Macec (2008). Long-term impacts of mindfulness practice on wellbeing: New findings from qualitative research. In Delle fave A *Dimensions of well-being Research and Intervention*. p.455-69
- Murphy GE. Suicide and attempted suicide. In: Michels R, Editors, *Psychiatry*. Philadelphia J. R. Lippincott, 1985: 1-17
- Paul, N. A., Stanton S.J., Greeson J.M., Smoski M.J & Wang L. (2012). Psychological and Neural Mechanisms of Trait Mindfulness in Reducing Depression Vulnerability. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8, 56-64
- Petts, R. A., Duenas, J. A., & Gaynor, S. T. (2017). Acceptance and predominantly socioeconomically disadvantaged sample. *Journal of Contextual*
- Pots WTM, Trompetter HR, Schreurs KMG, et al. How and for whom does webbased
- Pradhan, E. Baumgarten, M. & Langenberg, P. (2007). Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction in rheumatoid arthritis patients. *Arthritis Rheum* 15; 57(7), 24-42
- Ramel, W. Goldin, P., R. carmona, P., E, Mcquaid, J., R. (2004) Mindfulness: A promising intervention strategy in need of further study. *Clinical Psychology*, 10(2), 172-178 Registered students in Birjand University of Medical Sciences in
- Reinecke MA, Franklin-Scott RL. Assessment of suicide: Beck's scales for assessing mood and suicidality. In: Yufit RI, Lester D, Editors, *Assessment, treatment, and prevention of suicidal behavior*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc, 2005: 29-62
- Robyn ,A(2015)*The Effectiveness of Commitment and Adoption Therapy in the Treatment of Depression and Suicidal Thoughts in Veterans*
- Roditi D, Robinson ME. The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychol Res Behav Manage*. 2011;4:41-9

- Sachse, S., Keville, S., & Feiqenbaum, J. (2011). A feasibility study of mindfulnessbased cognitive therapy for individuals with borderline personality disorder. *Psychology and psychotherapy*, 84 (2), 184-200
- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse* New York. Guilford Press, 2002
- Shneidman E. *Suicide as Psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Northvale. NJ: Jason Aronson; 1993
- Son J, Nyklceek I, Pop V, Pouwer. The effects of a mindfulness-based intervention on emotional distress, quality-of-life, and HbA1c in outpatient with diabetes (DiaMind) A randomized controlled trial. *Diabetes Care* 2013; 36(4):823-30
- Teasdale, J. D., Segal, Z., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., Lau, M. A. (2000) Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623
- Walser, D. W., Garvert, E., Karlin, M., Trocke, I., & Danielle, M. (2015). Effectiveness of acceptance and commitment therapy in treating depression and suicidal ideation in veterans. *Behavior Research and Therapy*, 74, 05-31