

اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش میزان استرس، افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به ناراحتی‌های گوارشی و پوستی

سعدی بایزیدی^۱دکتر عباس بخشی پور^۲دکتر مرضیه علیوندی وفا^۱

۱. گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی،

واحد تبریز، تبریز، ایران

۲. گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز،

ایران

زمینه و هدف: وجود متغیرهایی همچون استرس، افسردگی و اضطراب می‌تواند زندگی هر فردی را تحت‌الشعاع قرار دهد و از مسیر اصلی و نیل به هدف خارج سازد؛ بنابراین با توجه به موارد ذکرشده، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش میزان استرس، افسردگی و اضطراب افراد مبتلا به ناراحتی‌های گوارشی و پوستی بود.

روش اجرا: روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه مراجعین با اختلالات پوست و مو و اختلالات گوارشی با منشأ روان‌تنی به کلینیک‌های پزشکان متخصص داخلی و پوست و مو، درمانگاه و بیمارستان شهر بوکان در سال ۹۸-۱۳۹۷ می‌باشد. از بین جامعه آماری ۳۰ نفر به صورت هدفمند که بالاترین نمره را در فرم کوتاه پرسش‌نامه افسردگی، اضطراب و استرس DASS-21 کسب کرده بودند، انتخاب شدند و سپس به روش تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. پروتکل اجرایی جلسات درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اساس رویکرد هیز (۲۰۰۲) به مدت ۸ جلسه ۱/۵ ساعته در یک‌ماه و هر هفته ۲ جلسه بر روی گروه آزمایش اجرا شد. داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۳ از نرم‌افزار SPSS و با روش آنالیز کوواریانس تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین میانگین‌های گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای استرس، افسردگی و اضطراب تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در واقع درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش باعث کاهش میانگین استرس ($7/47 \pm 1/959$)، افسردگی ($6/47 \pm 1/187$) و اضطراب ($6/67 \pm 1/345$) در مرحله پس‌آزمون شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش میزان استرس، افسردگی و اضطراب افراد مبتلا به ناراحتی‌های گوارشی و پوستی مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: تعهد، پذیرش، استرس، افسردگی، اضطراب

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۲/۰۷ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۳/۰۳

پوست و زیبایی؛ بهار ۱۴۰۰، دوره‌ی ۱۲ (۱): ۴۴-۵۲

نویسنده مسئول:

دکتر عباس بخشی پور

تبریز، بلوار ۲۹ بهمن، دانشگاه تبریز،

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، گروه

روان‌شناسی

پست الکترونیک:

abbasbakhshipour@yahoo.com

تعارض منافع: اعلام نشده است

مقدمه

همه انسان‌ها در زندگی خود و در تمام ابعاد و حوزه‌های حیات خود در معرض استرس‌های زیادی قرار دارند. متأسفانه، سطوح بالایی از استرس و افسردگی در میان اقشار مختلف گزارش شده است^۱. براساس مطالعه‌ی ملی بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران،

استرس بخش جدایی‌ناپذیر از زندگی است و زمانی اتفاق می‌افتد که خواسته‌هایی که از افراد می‌رود فراتر از توانایی انطباق آن‌هاست. امروزه استرس چنان همگانی و همه‌گیر شده است که آن را جزء لاینفک و مشخصه اصلی زندگی انسان‌ها دانسته‌اند، طوری که

سال‌های اخیر مورد استفاده قرار گرفته است که از عمده‌ترین این روش‌ها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد.^۶ پذیرش و تعهد نامش را از پیام اصلی خود می‌گیرد؛ آنچه خارج از کنترل شخصی‌ات است را بپذیر و به عملی که زندگی‌ات را غنی می‌سازد متعهد باش.

هدف این رویکرد کمک به مراجع برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار است در عین پذیرش رنجی که زندگی به ناچار با خود دارد.^۷ گرچه به‌نظر می‌رسد مدت‌هاست که فلسفه از روش‌های درمانی کنار گذاشته شده است، اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاملاً با فلسفه زیربنایی‌اش یکپارچه است و تصریح این فلسفه باعث درک واقعی ویژگی‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌شود.^۸

پژوهش‌های متعددی در ارتباط با وجود رابطه بین پذیرش و تعهد و مسائل روان‌شناختی و اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش مشکلات روان‌شناختی موجود می‌باشند که از آن جمله می‌توان به اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش شدت علائم افسردگی^۹، کاهش کلی علائم اضطراب فراگیر^{۱۰} نام برد. همچنین حاتمیان و همکاران در مطالعه خود نشان داد که این درمان موجب کاهش اضطراب، افسردگی و افزایش کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود.^{۱۱}

محمدی نیز در پژوهش خود دریافت که این درمان بر رضایت زناشویی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت زندگی زنان افسرده دارای تعارضات زناشویی مؤثر است.^{۱۲} Shallcross و همکاران طی پژوهشی که بر روی زنان انجام گرفته بود، رابطه اجتناب تجربی را با مشکلات روان‌شناختی از جمله نشانه‌های افسردگی مورد بررسی قرار دادند. آن‌ها در بخشی از مطالعه‌ای وسیع‌تر، ۸۹ زن را از بین دانشجویان دانشگاه انتخاب کرده که نتایج به‌دست آمده نشان داد که پذیرش یک عامل حفاظتی در مقابل ابتلا به افسردگی و تجربه نشانه‌های افسردگی است و این وضعیت به‌ویژه وقتی

افسردگی نیز سومین مشکل سلامتی کشور است.^۲

افسردگی از زمان آغاز حیات بشر با او بوده و شیوع مادام‌العمر افسردگی تقریباً ۱۷ درصد گزارش شده است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افسردگی، همچنان یک تهدید جدی برای بهداشت، سلامت عمومی و کیفیت زندگی افراد محسوب و منجر به اختلالات روان‌شناختی همایند می‌شود و خطر خودکشی را افزایش می‌دهد.^۳

افسردگی، یکی از شایع‌ترین بیماری‌های جهان با شیوع بالاست و بار اجتماعی - اقتصادی سنگینی دارد. این اختلال به‌عنوان یک اختلال ذهنی شایع تعریف می‌شود که علائمی همچون ناراحتی، از دست دادن علاقه و لذت، احساس گناه و عدم اعتماد به نفس، اختلال خواب و اشتها، خستگی و تمرکز ضعیف دارد.^۴

در کنار استرس و افسردگی، اضطراب به منزله بخشی از زندگی هر انسان، یکی از مؤلفه‌های ساختار اوست. اضطراب در پاره‌ای از مواقع موجب سازندگی و خلاقیت و بالعکس در مواقعی دیگر، شکل بیماری می‌یابد. این اضطراب که فرد را از بخش عمده‌ای از امکاناتش محروم می‌کند و طیف گسترده‌ای از مشکلات را پدید می‌آورد، به‌عنوان یک پاسخ سازش‌یافته تلقی می‌شود، به گونه‌ای که می‌توان گفت اگر اضطراب نبود همه ما پشت میزهایمان به خواب می‌رفتیم؛ یا فقدان اضطراب ممکن است ما را با مشکلات و خطرات قابل ملاحظه‌ای مواجه کند. ولی با این حال اضطراب می‌تواند عملکرد شناختی را مختل سازد.^۵ وجود این متغیرها (استرس، افسردگی و اضطراب) می‌تواند زندگی هر فردی را تحت‌الشعاع قرار دهد و از مسیر اصلی و نیل به هدف خارج سازد و افرادی که بیماری‌های زمینه‌ای یا در معرض آسیب و اختلال هستند بیشتر در معرض ابتلا به این متغیرها هستند.

درمان‌های منبعث از موج سوم رفتاردرمانی از جمله مداخله‌هایی است که برای کاهش پیامدهای نامطلوب افراد مبتلا به ناراحتی‌های زمینه‌ای یا دارای اختلال در

افراد در معرض استرس قرار بگیرند بیشتر می‌شود.^{۱۳} در پژوهش‌هایی که مورد بررسی قرار گرفتند نمی‌توان پژوهشی را که به اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش acceptance and commitment therapy (ACT) بر کاهش میزان استرس، اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به ناراحتی‌های گوارشی و پوستی پرداخته باشد یافت کرد، بنابراین با توجه به مشکلات اساسی موجود در افراد مبتلا به ناراحتی‌های گوارشی و پوستی اهمیت این نوع درمان ضروری به نظر می‌رسد و پژوهش حاضر درصدد است که بررسی کند آیا درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش باعث کاهش میزان استرس، اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به ناراحتی‌های گوارشی و پوستی می‌شود یا خیر.

روش اجرا

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه مراجعین دارای اختلالات پوست و مو، اختلالات گوارشی با منشأ روان‌تنی به کلینیک‌های پزشکان متخصص داخلی و پوست و مو، درمانگاه و بیمارستان شهر بوکان در سال ۹۸-۱۳۹۷ می‌باشد. از بین جامعه آماری ۳۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب شد و سپس به روش تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند، سپس طبق جدول ۱ پروتکل اجرایی جلسات درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش براساس رویکرد هیز به مدت ۸ جلسه ۱/۵ ساعته در یک ماه و هر هفته ۲ جلسه اجرا شد.

ملاک ورود به پژوهش داشتن سواد خواندن و نوشتن، سن ۶۰-۱۸ سال، داشتن اختلالات پوست و مو، داشتن اختلالات گوارشی با منشأ روان‌تنی و همچنین ملاک خروج ابتلا به اختلالات همایند ذکر شده در ملاک ورود، شرکت همزمان در جلسات مشاوره و روان‌درمانی دیگر، داشتن سابقه بستری و دریافت درمان‌های روان‌شناختی، داشتن سه جلسه

غیبت متوالی می‌باشد. برای جمع‌آوری داده‌ها از فرم کوتاه پرسش‌نامه افسردگی، اضطراب و استرس DASS-21 استفاده شده است. این فرم در سال ۱۹۹۵ توسط Lovibond & Lovibond تهیه شده است. این مقیاس دو فرم دارد؛ فرم کوتاه ۲۱ عبارت دارد که هریک از سازه‌های افسردگی، اضطراب و استرس را توسط ۷ عبارت متفاوت مورد ارزیابی قرار می‌دهد و فرم بلند آن شامل ۴۲ عبارت است که هریک از ۱۴ عبارت، یک عامل یا سازه روانی را اندازه‌گیری می‌کند. خرده‌مقیاس افسردگی شامل عبارتی است که خلق ناشاد، فقدان اعتماد به نفس، ناامیدی، بی‌ارزش بودن زندگی، فقدان انرژی و قدرت را می‌سنجد. خرده‌مقیاس اضطراب می‌کوشد تا بیش‌انگیزگی فیزیولوژیک، ترس‌ها و اضطراب موقعیتی را مورد ارزیابی قرار دهد و خرده‌مقیاس استرس عباراتی چون دشواری در دستیابی به آرامش، تنش عصبی، تحریک‌پذیری و بی‌قراری را دربرمی‌گیرد. کاربرد این مقیاس جهت افراد بزرگسال است هرچند این آزمون توانایی غربالگری و تشخیص در دوره نوجوانی را نیز دارد ولی بهتر است برای افراد بالای ۱۵ سال مورد استفاده قرار گیرد. Lovibond & Lovibond در یک نمونه بزرگ ۷۱۷ نفری از دانشجویان، پرسش‌نامه افسردگی بک با مقیاس DAAS (r=۰/۴) همبستگی بالایی را نشان دادند^{۱۴}. فرم کوتاه ۲۱ عبارتی توسط صاحبی و همکاران برای جمعیت ایرانی اعتباریابی شده است. زیرمقیاس افسردگی شامل ۷ عبارت ۳، ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷ و ۲۱، زیرمقیاس اضطراب شامل ۷ عبارت ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۵، ۱۹ و ۲۰ و زیرمقیاس استرس شامل ۷ عبارت ۱، ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴ و ۱۸ می‌باشد که نحوه پاسخ‌دهی به پرسش‌ها به صورت چهارگزینه‌ای است که به صورت خودسنجی تکمیل می‌شود. دامنه پاسخ‌ها از هیچ وقت تا همیشه متغیر است طوری که افراد می‌توانند پاسخ‌های خود را به صورت یکی از گزینه‌های مقابل پرسش مربوطه به صورت هیچ وقت، کمی، گاهی و همیشه مشخص

جدول ۱: پروتکل اجرایی جلسات؛ رویکرد تعهد و پذیرش براساس رویکرد هیز (۲۰۰۲)

جلسه‌ها	محتوای اختصاصی برنامه رویکرد مبتنی بر تعهد و پذیرش
اول	خوشامدگویی، آشنایی و معارفه اعضای گروه با درمانگر و یکدیگر؛ بیان احساسات افراد قبل از آمدن به جلسه؛ دلیل آمدن به این جلسه و انتظاری که از جلسات درمانی دارند؛ بیان تجارب مشابه قبلی؛ بیان قوانینی که رعایت آن‌ها در گروه الزامی است از جمله به‌موقع آمدن، عدم غیبت (وقت‌شناسی)، انجام تکالیف و ...؛ بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر؛ بیان موضوع پژوهش و اهداف آن و بیان این موضوع که روی اهداف فکر شود؛ ارائه کلی مطالب آموزشی پیرامون تعهد و پذیرش و نتایج آن و اجرای پیش‌آزمون.
دوم	توضیح و بیان این اصل که چرا نیاز به مداخلات روان‌شناختی احساس می‌شود؛ ایجاد امید و انتظار درمان در کاهش این فشارها؛ بیان اصل پذیرش، شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات، آگاهی‌بخشی در این زمینه که افکار را به‌عنوان افکار، احساسات را به‌عنوان احساسات و خاطرات را به‌عنوان خاطره بپذیریم. تکلیف: پذیرش خود و احساسات ناشی از بیماری.
سوم	بررسی تکالیف جلسه قبل؛ صحبت درباره احساسات و افکار اعضای گروه؛ آموزش این مطلب که اعضا، بدون قضاوت در مورد خوب یا بد بودن افکار و احساسات خود، آن‌ها را بپذیرند؛ آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آن‌ها با افکار و احساسات. تکلیف: اینکه چقدر خود، احساسات خود، دیگران و احساسات دیگران را می‌پذیریم؟
چهارم	بررسی تکالیف؛ ارائه تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس؛ ارائه تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر؛ تأکید دوباره بر اصل پذیرش در شناخت احساسات و افکار؛ تأکید بر شناخت احساسات و افکار با نگاهی دیگر. تکلیف: رویدادهای زندگی (آزاردهنده) را به نوعی دیگر نگاه کنیم.
پنجم	بررسی تکالیف؛ آموزش و ایجاد شناخت درخصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم و آگاهی به این موضوع که آنچه نمی‌توانیم تغییر دهیم را بپذیریم؛ شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضا به اینکه احساسات خود را قضاوت نکنند؛ ارائه این تکنیک که با ذهن آگاه‌بودن در هر لحظه، از وجود احساسات خود آگاهی یابند، فقط شاهد آن‌ها باشند ولی قضاوت نکنند. تکلیف: ذهن آگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت
ششم	ارائه بازخورد و نظرسنجی کوتاه از فرآیند آموزش؛ درخواست از اعضای گروه جهت برون‌ریزی احساسات و هیجانات خود درخصوص تکالیف جلسه قبل؛ آموزش و ارائه اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان (آموزش تعهد به عمل یعنی بعد از انتخاب مسیر ارزشمند و درست درخصوص رسیدن به آرامش یا قبول هر رویدادی در زندگی، به آن عمل کنیم و خود را نسبت به انجام آن متعهد سازیم)؛ ارائه تکنیک توجه انتخابی برای آرامش بیشتر در خصوص هجوم افکار خودآیند منفی و تمرین مجدد ذهن آگاهی به همراه اسکن بدن.
هفتم	ارائه بازخورد و جست‌وجوی مسائل حل‌نشده در اعضای گروه؛ شناسایی طرح‌های رفتاری درخصوص امور پذیرفته‌شده و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها و ایجاد توانایی انتخاب عمل بین گزینه‌های مختلف به گونه‌ای که مناسب‌تر باشد نه عملی‌تر.
هشتم	بررسی تکالیف؛ جمع‌بندی مطالب؛ اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره؛ ارائه بازخورد به اعضای گروه، قدردانی و سپاسگزاری از حضورشان در جلسات و اجرای پس‌آزمون.

که شامل ۶ نفر زن (۴۰ درصد) و ۹ نفر مرد (۶۰ درصد) و در گروه گواه با میانگین و انحراف معیار 38.60 ± 2.69 که شامل ۵ نفر زن (۳۳٫۳۳ درصد) و ۱۰ نفر مرد (۶۶٫۶۶ درصد) بودند.

همانطور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک ارائه شده است. براساس نتایج جدول میانگین استرس در گروه

نمایند. نمره‌گذاری از صفر تا ۳ می‌باشد. همسانی درونی مقیاس‌های DASS با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد و پایایی مقیاس افسردگی ۰٫۷۷، مقیاس اضطراب ۰٫۷۹، مقیاس استرس ۰٫۷۸ به‌دست آمد^{۱۵}.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی حاکی از سن آزمودنی‌ها در گروه آزمایش با میانگین و انحراف معیار 37.06 ± 3.91 ،

جدول ۲: یافته‌های توصیفی مربوط به میزان استرس، اضطراب و افسردگی در مبتلایان به ناراحتی گوارشی و پوستی در دو گروه کنترل و آزمایشی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
استرس	آزمایش	۹٫۹۷	۲٫۴۹۲	۷٫۴۷	۱٫۹۵۹
	گواه	۹٫۴۷	۱٫۳۵۶	۹٫۲۰	۱٫۳۲۰
اضطراب	آزمایش	۸٫۳۳	۱٫۵۴۳	۶٫۶۷	۱٫۳۴۵
	گواه	۸٫۶۷	۱٫۷۵۹	۸٫۰۷	۱٫۵۳۴
افسردگی	آزمایش	۷٫۹۳	۱٫۵۳۴	۶٫۴۷	۱٫۱۸۷
	گواه	۷٫۶۷	۱٫۴۹۶	۷٫۸۷	۱٫۷۶۷

آزمایش (۷٫۴۷)، در گروه آزمایش (۶٫۶۷) و میانگین افسردگی در گروه آزمایش (۶٫۴۷) بعد از مداخله برنامه آموزشی کاهش یافته است.

همچنین نتایج به‌دست‌آمده در جدول ۳ نشان می‌دهد با توجه به این که سطح معنی‌داری آزمون بیش از ۰٫۰۵ می‌باشد، می‌توان نتیجه گرفت که همگنی واریانس‌ها متغیر استرس، اضطراب و افسردگی در مبتلایان به ناراحتی گوارشی و پوستی برقرار است. آزمون لوین، همگنی واریانس‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون را تأیید نموده است.

جدول ۴ مفروضه همگنی شیب رگرسیون برای متغیر استرس، اضطراب و افسردگی با سطح معنی‌داری بزرگتر از ۰٫۰۵ را نشان می‌دهد که می‌توان نتیجه گرفت همگنی شیب رگرسیون نیز برقرار است. همانطور که ملاحظه شد سطح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس را مجاز می‌شمارند.

جدول ۳: آزمون لوین برای همگنی واریانس متغیر استرس، اضطراب و افسردگی در مبتلایان به ناراحتی گوارشی و پوستی

متغیر	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	P
استرس	۰٫۲۹۰	۱	۲۸	۰٫۵۹۵
اضطراب	۰٫۲۱۸	۱	۲۸	۰٫۶۴۴
افسردگی	۵٫۲۹۲	۱	۲۸	۰٫۰۸۹

جدول ۴: پیش فرض همگنی شیب رگرسیون برای متغیر استرس، اضطراب و افسردگی در مبتلایان به ناراحتی گوارشی و پوستی

متغیر	DF	میانگین مجزورات	F	P
استرس	۱	۲۸۶٫۵	۳٫۳۷۵	۰٫۰۷۸
اضطراب	۱	۱٫۲۵۱	۰٫۸۵۲	۰٫۳۶۴
افسردگی	۱	۰٫۹۸۶	۰٫۷۸۶	۰٫۳۸۴

براساس نتایج جدول ۵ نتایج مداخله مبتنی بر تعهد و پذیرش بر استرس ($F=۲۴٫۵۳۱$ و $P=۰٫۰۰۰$)، بر اضطراب ($F=۷٫۷۴۶$ و $P=۰٫۰۰۱$) و بر افسردگی ($F=۱۴٫۹۴۸$ و $P=۰٫۰۰۱$) در مبتلایان به ناراحتی گوارشی و پوستی تأثیر مثبت و معنادار داشته است. همچنین با توجه به اندازه اثر محاسبه‌شده اتا و معنادار بودن آن می‌توان گفت که ۳۹٪ واریانس استرس، ۲۲٪ واریانس اضطراب و ۳۵٪ واریانس افسردگی به‌وسیله مداخله تعهد و پذیرش تبیین می‌شود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT) بر کاهش میزان استرس، افسردگی و اضطراب افراد مبتلا به ناراحتی‌های گوارشی و پوستی انجام شد. نتایج یافته‌های پژوهش نشان داد که بین میانگین‌های گروه کنترل و آزمایش در متغیرهای استرس، افسردگی و اضطراب تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج این پژوهش با یافته‌های Fiorillo و همکاران^{۱۶}، Walser و همکاران^{۱۷}، Deval و همکاران^{۱۸}، ملامیر و همکاران^{۱۹} و ترخان^{۲۰} همسو می‌باشد.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس متغیر استرس، اضطراب و افسردگی در مبتلایان به ناراحتی گوارشی و پوستی

متغیر	MS	F	Df	P	اندازه اثر
استرس	۲۴٫۵۳۱	۱۷٫۴۷۱	۱	۰٫۰۰۱	۰٫۳۹۳
اضطراب	۱۱٫۳۱۲	۷٫۷۴۶	۱	۰٫۰۰۱	۰٫۲۲۳
افسردگی	۱۸٫۶۱۰	۱۴٫۹۴۸	۱	۰٫۰۰۱	۰٫۳۵۶

مشاهده‌گر و حساس بودن نسبت به خود را به دنبال دارد. انسان‌ها زمانی دچار اضطراب خواهند شد که در مورد وضعیت فعلی و موجود خود زیاد فکر نمی‌کنند و آن‌را رها می‌سازند و در واقع، بیشتر در مورد نقش‌هایی که در آینده قرار است داشته باشند فکر می‌کنند بنابراین افراد مبتلا به مبتلا به ناراحتی‌های گوارشی و پوستی به دلیل اینکه توانایی مقابله با موقعیت‌های فعلی را ندارند، نمی‌توانند ارزیابی خود از مسائل را تغییر دهند و تفسیرهای نامناسب و بدبینانه‌ای از جهان هستی دارند، باعث می‌شود از هرگونه ارزیابی و تصمیم مجددی سر باز زنند.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش میزان استرس، افسردگی و اضطراب افراد مبتلا به ناراحتی‌های گوارشی و پوستی مؤثر است بنابراین کلینیک‌های روان‌شناسی یا افرادی که در واقع در مراکز بالینی با افراد مبتلا به ناراحتی‌های گوارشی و پوستی در ارتباط هستند می‌توانند از این روش درمانی برای تغییرات روان‌شناختی مطلوب و بهزیستی روانی افراد استفاده کنند.

از محدودیت‌های این تحقیق می‌توان به کم‌سوادی برخی از افراد شرکت‌کننده در مطالعه و با مشکل مواجه شدن پاسخ به پرسش‌نامه اشاره کرد که این امر باعث خواندن سؤالات برای ۳ نفر از افراد و پاسخگویی آن‌ها به شیوه پرسش و پاسخ به پرسش‌نامه‌ها می‌شد. همچنین می‌توان به نمونه‌گیری پژوهش به شیوه هدفمند و عدم کنترل بعضی از متغیرهای مداخله‌گر اشاره کرد. از محدودیت‌های دیگر پژوهش به فقدان زمان کافی برای مرحله پیگیری و عدم مرحله پیگیری در پژوهش می‌توان اشاره کرد. با توجه به تأثیرگذاری مثبت روش مبتنی بر تعهد و پذیرش در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی و افزایش رضایتمندی از زندگی، احساس ارزشمندی بیشتر برای خود و احساس ارزشمندی بیشتر از طرف دیگران و پذیرفتن مسئولیت زندگی و رفتار فرد توسط خویشان، پیشنهاد می‌شود

ملازمیر و همکاران^{۱۹} در پژوهش خود دریافتند که روش آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد را می‌توان به‌عنوان شیوه‌ای مؤثر و کارآمد با قابلیت کاربرد وسیع در بهبود اضطراب و پرخاشگری بیماران مبتلا به اختلال حمله هراس به‌کار برد. همچنین ترخان^{۲۰} در مطالعه خود دریافت که روش ACT را می‌توان مداخله‌ای مؤثر در افزایش تنظیم هیجان و معناداری زندگی زنان افسرده به‌حساب آورد. در تبیین یافته‌های پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان بر روی استرس و افسردگی افراد مبتلا به ناراحتی‌های گوارشی و پوستی می‌توان گفت که در این درمان افراد یاد می‌گیرند که احساسات‌شان را قبول کنند و بر روی آن کنترل داشته باشند تا آنکه از احساسات خود دوری جسته و از آن فاصله داشته باشند و بیشتر به فرایندهای ذهنی و تفکرشان به‌واسطه ذهن‌آگاهی بپردازند و تفکرشان را در مسیر درست هدایت کنند. در واقع درمان پذیرش و تعهد درصدد است که به افراد کمک کند تا افکار و احساس‌شان را تجربه و در مسیر درست هدایت کنند، به‌جای اینکه تلاش کنند تا آن‌ها را متوقف در مسیر نادرست هدایت کنند، از افراد خواسته می‌شود که در جهت اهداف و ارزش‌های‌شان کم‌کاری نکنند و برای پذیرش مثبت و درست آن تلاش کنند. با استفاده از این درمان، به‌خوبی با توجه به تکنیک‌های به‌کار برده شده و یادگرفته شده می‌توان مشکلات روان‌شناختی مانند استرس و افسردگی را کاهش داد^{۱۹}. در تبیین یافته‌های پژوهش مربوط بر اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر روی اضطراب نیز می‌توان بیان کرد که این افراد با اضطراب بالایی که دارند در مقایسه با دیگران، احساس عدم کفایت و پرخاشگری بیشتر را نشان می‌دهند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تغییرات به‌صورت غیر مستقیم انجام می‌شود. این درمان به تغییر رفتار و افکار اقدام نمی‌کند بلکه تغییر افراد در پذیرش خود، آگاه بودن نسبت به خود و دیگران و همچنین

درمانگران کلینیک‌های روان‌شناختی جهت پیشبرد اهداف درمانی از این روش‌ها بهره ببرند. در نهایت پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی مرحله پیگیری نیز در برنامه پژوهشگران گنجانده شود.

References

1. Haidar SA, De Vries, NK, Karavetian M, El-Rassi R. Stress, anxiety, and weight gain among university and college students: A systematic review. *J Acad Nutr Diet* 2017; 118 (2): 261-74.
2. Montazeri A, Mousavi SJ, Omidvari S, et al. Depression in Iran: Asystematic review of the literature (2000-2010). *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences*. 2013; 12(6): 567-94. (Persian)
3. Patel MJ, Khalaf A, Aizenstein HJ. Studying depression using imaging and machine learning methods. *Neuro Image Clin* 2016; 10: 115-23.
4. Nelson S, Lee W, Albert JM, Singer LT. Early maternal psychosocial factors are predictors for adolescent caries. *J Dent Res* 2012; 91(9): 859-64.
5. Trifoni A, Shahini M. How does exam anxiety affect the performance of university students? *Med J Soc Sci* 2011; 12: 93-100.
6. Cuijpers P, Van Straten A, Warmerdam L. Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clin Psych Rev* 2007; 27(3): 318-26.
7. Bastami M, Goudarzi N. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on reducing depression symptoms of military personnel with type 2 diabetes. *Journal of scientific research, Naja Department of Health*. 2016; 18(1); 22-41. (Persian)
8. SC H. Acceptance and commitment therapy and third wave of behavioral and cognitive therapies. *J Behav Ther* 2004; 35: 639-66.
9. Sabour S, Kakabaraie K. The efficiency of admission group acceptance and commitment therapy to depression and stress and pain in woman with chronic pain. *Journal of Sciences* 2016; 2(4): 1-10. (in Persian)
10. Alavizadeh F, Shakerian A. Acceptance and commitment therapy to reduce stress, anxiety and depresshion woman with a crossover experience. *Journal of Sciences Research*. 2016; 4(6): 8-14. (Persian)
11. Oraki M, Jahani F, Rahmanian M. Effectiveness of acceptance and commitment on the psychological flexibility of the elderly women. *Journal of Clinical Psychology* 2018; 10(1): 47-56. (Persian)
12. Mohammadi E, Keshavarzi F, Salehi M, Valiallah F. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on marital satisfaction, psychological flexibility and quality of life in depressed women with marital conflicts. *Journal of Azad Eslamic University* 2015; 4(5): 32-8.
13. Shallcross AJ, Troy AS, Blond M, Mauss IB. Let it be: Acceptance negative emotional experiences predicts decreased negative affect and depressive symptoms. *Behav Res Ther* 2010; 48: 921-9.
14. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety inventories. *Behav Res Ther* 1995; 33: 335-42.
15. Saheb A, Asghari J, Salari RS. Validation of the Stress Anxiety Depression Scale (DASS-21) for the Iranian population. *Iranian Psychology Quarterly*. 2005; 1(4): 1-18. (Persian)
16. Fiorillo D, McLean C, Pistorello J, et al. Evaluation of a web-based acceptance and commitment therapy program for women with trauma-related problems: A pilot study. *J Context Behav Sci* 2017; 6(1): 104-13.

17. Walser RD, Garvert DW, Karlin BE, et al. Effectiveness of acceptance and commitment therapy in treating depression and suicidal ideation in veterans. *Behav Res Ther* 2015; 74: 25-31.
18. Deval C, Curie S, Jean-Monestès L. Effects of an acceptance and commitment therapy intervention on leaders' and managers' psychological flexibility, *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 2017; 27(1): 34-42.
19. Malmir T, Ebrahimimoghaddam H, Rahmani F, Ramazanalizadeh Z. The effect of acceptance and commitment therapy training on anxiety and aggression in patients with attack phobia. *Psychological Studies*. 2017; 13(4): 141-56. (Persian)
20. Tarkhan M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on emotion regulation and meaningful life in depressed women. *Journal of Psychological Studies*. 2017; 13(3): 147-64. (Persian)

Efficacy of acceptance and commitment therapy on reducing stress, depression and anxiety in patients with gastrointestinal and skin disorders

Sa'di Bayazidi, MSc¹
 Abbas Bakhshipour, PhD²
 Marziyeh Alivandi Vafa, PhD¹

1. Department of Psychology, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz, Iran
2. Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

Background and Aim: The presence of variables such as stress, depression and anxiety can overshadow the life of any individual and deviate them from the main path and consequently, from achieving their goals. Therefore, the present study aimed to investigate the efficacy of commitment and acceptance based therapy (ACT) on reducing stress, depression and anxiety in people with gastrointestinal and skin disorders.

Methods: The research method was quasi-experimental with pretest-posttest design, utilizing a control group. The recruited population included all patients with skin and hair disorders, as well as gastrointestinal disorders of psychosomatic origin who visited the clinics of internal medicine physicians and dermatologists and the clinics and hospitals in Bukan in 2019. Among 30 patients who had the highest score in the short form of DASS-21 Depression, Anxiety and Stress Questionnaire were purposefully selected and then randomly divided into experimental (15) and control groups (15). The protocol of ACT sessions based on Hayes's (2002) approach was administered to the experimental group for eight 1.5 hour sessions in one month, two sessions per week. The data were analyzed by SPSS software using covariance analysis.

Results: The results showed that there was a significant difference between the means of the experimental and control groups in the variables of stress, depression and anxiety. In fact, ACT reduced the mean stress (7.47 ± 1.959), depression (6.47 ± 1.187), and anxiety (6.67 ± 1.345) in the posttest stage.

Conclusion: Considering the efficacy of this type of treatment, this program is deemed to be a good option for therapists who work in counseling centers and psychological clinics.

Keywords: commitment, acceptance, stress, depression, anxiety

Received: Apr 27, 2021 Accepted: May 24, 2021

Dermatology and Cosmetic 2021; 12 (1): 44-52

Corresponding Author:
 Abbas Bakhshipour, PhD

29th Bahman Blvd., Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz
 Email: abbasbakhshipour@yahoo.com

Conflict of interest: None to declare