

December-January 2020, Volume 9, Issue 6

The Effectiveness of “Acceptance and Commitment Therapy” on Emotion Regulation Strategies, Dysfunctional Attitudes and Resilience in People with Major Depression

Masoumeh Sahebi¹, Ramazan Hassanzadeh^{2*}, Bahram Mirzaian³

1- PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

2- Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran (**Corresponding author**)

E-mail: hasanzadeh@iausari.ac.ir

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

Received: 22 June 2020

Accepted: 8 Oct 2020

Abstract

Introduction: Major depression is one of the most common psychological disorders that affects a person's performance and has several negative side effects. The aim of this study was to determine the effectiveness of "Acceptance and Commitment Therapy" on emotion regulation strategies, dysfunctional attitudes and resilience in people with major depression.

Methods: The study was a quasi-experimental study with pre-test, post-test and follow-up and a control group. The statistical population included people with major depression who referred to counseling centers and psychological services in Sari. 30 people were selected by simple random sampling replaced in the intervention group (15 people) and control group (15 people). In order to collect data demographic questionnaire, "Cognitive Emotion Regulation Questionnaire", "Dysfunctional Attitude Scale" and "Connor - Davidson Resilience Scale" were used. The validity of the instruments was assessed through the construct validity of confirmatory factor analysis and the reliability of the instruments by Cronbach's alpha coefficient. Data were analyzed using SPSS .21.

Results: "Acceptance and Commitment Therapy" is effective in improving emotion regulation strategies, dysfunctional attitudes and resilience in people with major depression ($P < 0.05$).

Conclusions: Emotion regulation strategies, dysfunctional attitudes, and resilience in people with major depression can be modified through "Acceptance and Commitment Therapy". It is suggested that education based on this treatment be conducted with the aim of empowering and promoting the mental health of people with depression in counseling and psychotherapy centers.

Keywords: Resilience, Acceptance and Commitment Therapy, Emotion regulation, Depression, Dysfunctional attitudes.

اثربخشی «درمان پذیرش و تعهد» بر راهبردهای تنظیم هیجانی، نگرش های ناکارآمد و تاب آوری در افراد مبتلا به افسردگی اساسی

معصومه صاحبی^۱، رمضان حسن زاده^{۲*}، بهرام میرزائیانی^۳

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی عمومی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

۲- استاد، گروه روانشناسی عمومی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران (نویسنده مسئول)

ایمیل: hasanzadeh@iausari.ac.ir

۳- استادیار، گروه روانشناسی عمومی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۷/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۴/۲

چکیده

مقدمه: افسردگی اساسی از رایج ترین اختلالات روانشناختی است که با متأثر ساختن عملکرد فرد، عوارض منفی متعددی را به دنبال دارد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی "درمان پذیرش و تعهد" بر راهبردهای تنظیم هیجان، نگرش های ناکارآمد و تاب آوری در افراد مبتلا به افسردگی اساسی انجام شد.

روش کار: این مطالعه از نوع نیمه تجربی با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل افراد مبتلا به افسردگی اساسی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر ساری بود که به روش نمونه گیری هدفمند تعداد ۳۰ تن انتخاب و به صورت تصادفی ساده در گروه مداخله (۱۵ تن) و گروه کنترل (۱۵ تن) جایگزین شدند. "درمان پذیرش و تعهد" برای گروه مداخله انجام شد. به منظور جمع آوری داده ها از پرسشنامه جمعیت شناختی، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire)، "مقیاس نگرش های ناکارآمد" (Dysfunctional Attitude Scale) و "پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون" (Connor-Davidson Resilience Scale) استفاده شد. روایی ابزارها از طریق روایی سازه تاییدی و پایایی ابزارها به روش ضریب آلفا کرونباخ بررسی شد. داده ها در نرم افزار آماري اس پی اس نسخه ۲۱ تحلیل شد.

یافته ها: "درمان پذیرش و تعهد" بر بهبود راهبردهای تنظیم هیجان، نگرش های ناکارآمد و تاب آوری در افراد مبتلا به افسردگی اساسی اثربخش است ($P < 0.05$).

نتیجه گیری: راهبردهای تنظیم هیجان، نگرش های ناکارآمد و تاب آوری در افراد مبتلا به افسردگی اساسی از طریق "درمان پذیرش و تعهد" قابل اصلاح است. پیشنهاد می شود آموزشی مبتنی بر این درمان با هدف توانمندسازی و ارتقای سلامت روانی افراد مبتلا به افسردگی در مراکز مشاوره و روان درمانی انجام شود.

کلید واژه ها: تاب آوری، درمان پذیرش و تعهد، تنظیم هیجان، افسردگی نگرش های ناکارآمد.

مقدمه

افسردگی اساسی از رایجترین اختلالات روانی با شیوعی حدود ۶/۷ درصد می باشد و ۲۰ تا ۲۵ درصد افراد در دوره ای از زندگی خود آن را تجربه می کنند (۱). بر اساس مطالعه ملی بیماری ها و آسیب ها در ایران، افسردگی، سومین مشکل سلامتی کشور است (۲). این اختلال، نه تنها خلق، بلکه شناخت، انگیزش و عملکرد فرد را تحت تأثیر قرار می دهد (۲). بر این اساس، افسردگی و عوارض ناشی از آن،

تمام ابعاد زندگی را با مشکل مواجه می سازد و خسارت های اقتصادی، اجتماعی و انسانی فراوانی را بر جوامع تحمیل می کند (۳). یافته برخی از مطالعات دال بر این است که علائم افسردگی تا حد زیادی می تواند پیامد بدتنظیمی هیجان باشد (۴).

تنظیم هیجان با در برداشتن دامنه وسیعی از فرآیندهای زیستی، اجتماعی، رفتاری و همچنین فرآیندهای شناختی هشیار و ناهشیار (۵)، به ظرفیت نظارت، ارزیابی، درک و اصلاح واکنش های هیجانی اشاره دارد (۶،۷). بنابراین،

تنظیم هیجان، شکل خاصی از خودتنظیم‌گری و فرایندی است که افراد از طریق آن هیجانات خود را به منظور پاسخدهی مناسب به درخواست‌های محیطی به شکلی هشیار یا ناهشیار تنظیم می‌کنند (۸). تنظیم هیجان شامل راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه است (۷) و تنظیم هیجانی سازگارانه به افراد در مدیریت بهتر هیجانات و کنترل بهتر واکنش‌های هیجانی و تعدیل آن کمک می‌کند (۶). تنظیم هیجانی سازگارانه برای کارکرد زندگی روزانه ضروری است (۷) و نارسایی در آن به عنوان یک عامل مهم تعیین‌کننده در فقدان سلامتی، اختلالات روانشناختی و عملکرد ضعیف در روابط اجتماعی شناخته می‌شود (۸). راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان مانند سرزنش خود، فاجعه‌سازی، سرزنش دیگران و سرکوب فکر تأثیر مخربی بر سلامت روان و کیفیت زندگی دارند (۹) و با نابسامانی هیجانی مانند افسردگی، اضطراب، خشم و پرخاشگری همراه هستند (۱۰). تحریف‌های شناختی و نگرش‌های ناکارآمد (Dysfunctional Attitudes)، از دیگر عوامل مرتبط با افسردگی هستند. افکار، تجسمات و تکانه‌های مزاحم زمانی به آشفتگی و انحراف از واقعیت می‌انجامد که برای فرد مهم باشند و با افکار خودآیند منفی مرتبط شوند (۱۱). نگرش‌های ناکارآمد به عنوان یک عامل زمینه‌ساز در شروع دوره‌های افسردگی به صورت مستقیم و یا به عنوان یک عامل آسیب‌پذیری، تحت شرایط فشارزای محیطی تلقی می‌شوند (۱۲). مطالعات قبلی نشان دادند که نگرش‌های ناکارآمد با شیوع افسردگی ارتباط دارد. بر اساس دیدگاه شناختی، افکار آشفته ساز مبنای بروز اختلالات هیجانی است (۱۳). یافته‌های پژوهشی نیز دال بر این است که نگرش‌های منفی و ناکارآمد با پاره‌ای از اختلالات روانشناختی از جمله اختلال افسردگی در ارتباط هستند (۱۴). طبق یافته‌های مطالعات موجود، سطوح بالای نگرش‌های ناکارآمد با دوره‌های طولانی‌تر حملات افسردگی و با فاصله زمانی کوتاه‌تر بین دوره‌های عود همبستگی دارد (۱۷-۱۳).

همچنین طبق یافته‌های مطالعات، افراد با نشانه‌های افسردگی، نمرات پایین‌تری در تاب‌آوری دارند (۲۱-۱۸). تاب‌آوری به توانایی افراد در سازگاری مؤثر با محیط علی‌رغم قرار داشتن در معرض عوامل خطرآفرین اشاره دارد (۱۹). برخی بر این باورند که تاب‌آوری عبارت است از پاسخ به یک موقعیت خاص (۲۰) و برخی دیگر آن را یک سبک مقابله‌ای

پایدار می‌دانند (۲۱). افراد با تاب‌آوری بالاتر توانایی گنجایش و توان زیاد در برابر شرایط دشوار هستند و مقاومت آن‌ها در برابر شرایط تنش‌زا، به آن‌ها در بازگشت به عقب در مواجهه با حادثه‌ای ناگوار و بحران‌زا کمک می‌کند (۱۸). در واقع تاب‌آوری به جای بازگشت ساده به حالت اولیه می‌تواند به معنای تغییر به حالت جدید باشد که پایداری و ثبات را در محیط تسهیل می‌کند (۲۲). این فرآیند به پویایی فرد و انطباق و سازگاری مثبت با تجارب تلخ و ناگوار در زندگی کمک می‌کند (۲۳) و در اصطلاح روانشناختی از احتمال ابتلا به اختلالات روانی مانند افسردگی کاسته و بهبود سریع بعد از افسردگی و سایر بیماری‌های روانشناختی را موجب می‌شود (۲۳-۲۱).

بر این اساس در بیماران افسرده باید به دنبال راهکارها و مداخلاتی بود که می‌توان با بکارگیری آن‌ها به بهبود تنظیم هیجان، نگرش‌های ناکارآمد و تاب‌آوری در این بیماران و در نهایت بهبود علائم بالینی دست یافت. در این راستا، به نظر می‌رسد درمان‌های موج‌سوم شناختی-رفتاری با تأکید بر ذهن‌آگاهی، عدم قضاوت و تقویت انعطاف‌پذیری روانشناختی (۲۵، ۲۴) می‌تواند در افراد مبتلا به افسردگی مؤثر واقع شوند. از جمله این درمان‌ها، «درمان پذیرش و تعهد» (Acceptance and Commitment Therapy) است که در واقع ترکیبی از شیوه‌های پذیرش و توجه‌آگاهی همراه با تعهد و تغییر رفتار می‌باشد (۲۶-۲۴). از منظر «پذیرش و تعهد»، رنج انسان‌ها ریشه در انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی دارد که به وسیله آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای به عنوان تلاش برای کنترل و یا تغییر تجارب درونی مانند افکار، احساسات، خاطرات و یا احساسات بدنی آزاردهنده و عدم تمایل برای حفظ ارتباط خود با این تجارب درونی و تلاش برای کنترل آن‌ها و یا رهایی از آن‌ها ایجاد می‌شوند (۲۷). این درمان به افراد می‌آموزد به جای چالش با افکارشان آن‌ها را بدون قضاوت بپذیرند (۲۸) و هدف کاهش مقابله با اجتناب تجربه‌ای به کمک افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در افراد است تا آن‌ها بیاموزند که ارزش‌های زندگی‌شان را شناسایی کنند و بر اساس آن‌ها طرح و اقدام عملی بریزند (۲۹). طبق نتایج برخی از مطالعات، «درمان پذیرش و تعهد» بر کاهش میزان افسردگی و اضطراب (۲۷-۲۵)، افزایش تاب‌آوری (۳۱، ۳۰) و تنظیم هیجان در افراد و گروه‌های مختلف مؤثر است (۳۳، ۳۲).

بین ۶۰-۲۵، نداشتن اختلال روانی شدید غیر از افسردگی و اعتیاد به مواد، نداشتن بیماری جسمی قابل ملاحظه، معیارهای خروج عبارتند از: غیبت بیش از دو جلسه در درمان و پیش آمدن مشکلی برای فرد که امکان ادامه شرکت در پژوهش را برای وی دشوار یا غیرممکن می ساخت. در پایان جلسات مداخله، ۳ تن از گروه مداخله به دلیل عدم مشارکت در جلسات و ۳ تن از گروه کنترل به دلیل عدم تکمیل پرسشنامه ها حذف شدند و در هر گروه تعداد ۱۵ تن باقیماند. تعداد نمونه بر اساس فرمول زیر با دقت ۰/۰۵ و در سطح اطمینان ۰/۹۵ محاسبه شد:

$$n = \frac{2 \left(1 - \frac{\alpha}{2} + 1 - \beta \right)^2}{\Delta^2} + 1$$

در پژوهش حاضر برای جمع آوری داده ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

پرسشنامه جمعیت شناختی شامل سن، جنس و وضعیت تاهل بود.

«پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان» (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire)، توسط (Garnefski & Kraaij ۳۴) تدوین شده است. این پرسشنامه، چند بعدی و یک ابزار خود گزارشی است که دارای ۳۶ عبارت است و ۹ راهبرد شامل: ملامت خویش (self-blame) (۳ عبارت شامل عبارات ۱، ۲، ۴)، پذیرش (acceptance)، (۴ عبارت شامل عبارات ۵، ۶، ۷، ۸)، نشخوارگری (rumination) (۵ عبارت شامل عبارات ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲)، تمرکز مجدد مثبت (positive refocusing) (۵ عبارت شامل عبارات ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷)، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی (Refocus on planning) (۴ عبارت شامل عبارات ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲)، ارزیابی مجدد مثبت (positive reappraisal)، (۳ عبارت شامل عبارات ۲۳، ۲۴، ۲۵)، دیدگاه پذیری (putting into perspective) (۳ عبارت شامل عبارات ۲۶، ۲۷، ۲۸)، فاجعه انگاری (catastrophizing) (۴ عبارت شامل عبارات ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲) و ملامت دیگران (other-blame) (۳ عبارت شامل عبارات ۳۳، ۳۴، ۳۵). نمره گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت و به صورت زیر است: هرگز (۱)، به ندرت (۲)، برخی اوقات (۳)، اغلب اوقات (۴)، همیشه (۵). در این پرسشنامه حداقل نمره ۳۶ و حداکثر نمره ۱۸۰ است و حداکثر نمره ها حاصل در راهبرد سازگارانه ۸۰ و در راهبرد ناسازگارانه ۱۰۰ است (۳۴). برای بررسی روایی سازه «پرسشنامه تنظیم

افسردگی به عنوان یک اختلال شایع روانپزشکی می تواند درصد زیادی از افراد جامعه اعم از کودک و بزرگسال را در دوره ای از زندگی مبتلا سازد (۱). تجربه علائم افسردگی با پیامدهای نامطلوب بسیاری از ابعاد مختلف فردی، خانوادگی، اجتماعی، حرفه ای، ارتباطی همراه است و عملکرد فرد را در همه این ابعاد به گونه ای منفی متأثر می سازد. علاوه بر آن، این اختلال با به دنبال داشتن ناتوانی و کاهش عملکرد، بار هزینه اقتصادی هنگفتی را برای فرد و جامعه می تواند به دنبال داشته باشد. از این رو لازم است تا به شناسایی عوامل دخیل در بروز و تشدید افسردگی پرداخته شود و بر اساس آن و با طراحی مداخلات مناسب به کاهش آسیب های ناشی از آن دست پیدا کرد. عدم برخورداری از راهبردهای تنظیم هیجان (۴)، نگرش های ناکارآمد (۱۳) و تاب آوری ضعیف (۱۸) از جمله متغیرهای مرتبط با افسردگی هستند که می توانند به نوعی زمینه ساز این اختلال و تشدید علائم آن شوند (۲۰، ۲۱).

«درمان پذیرش و تعهد»، مداخله روانشناسی است که به نظر می رسد با تأکید بر عدم اجتناب تجربه ای و عدم قضاوت و چالش با افکار و تسهیل انعطاف پذیری و پذیرش در افراد می تواند روشی موثر در راهبردهای تنظیم هیجان، نگرش های ناکارآمد و تاب آوری در افراد مبتلا به افسردگی باشد. بر همین اساس مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی «درمان پذیرش و تعهد» بر راهبردهای تنظیم هیجان، نگرش های ناکارآمد و تاب آوری در افراد مبتلا به افسردگی اساسی انجام شد.

روش کار

طرح پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری مطالعه حاضر بیماران مبتلا به افسردگی اساسی مراجعه کنندگان به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر ساری در پاییز سال ۱۳۹۸ می باشند. از این بین تعداد ۳۶ تن از مراجعینی که ملاک های تشخیصی DSM-5 را به عنوان افسردگی اساسی دریافت کردند و همچنین اختلال آن ها توسط روانپزشکی تأیید شد، به روش نمونه گیری هدفمند و بر اساس معیارهای ورود انتخاب و به طور تصادفی در گروه مداخله (۱۸ تن) و گروه کنترل (۱۸ تن) قرار گرفتند. معیار ورود عبارتند از: ابتلاء به افسردگی اساسی (بر اساس ملاک های تشخیصی DSM-5 و تأیید نظر روانپزشک)، سن

عبارت شامل عبارات (۳۰، ۲۹، ۲۸، ۲۷، ۲۶، ۲۵، ۲۴، ۲۳، ۲۲، ۲۱) و آسیب پذیری (vulnerability) (۱۰ عبارت شامل عبارات ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰ می باشد. در این مقیاس پاسخ دهنده میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر عبارت روی یک مقیاس ۷ درجه ای لیکرت (کاملاً مخالفم = صفر، کاملاً موافقم = ۶) مشخص می کند و نمرات بین صفر تا ۲۴۰ را کسب می کند و کسانی که نمره بالای ۸۲ در این مقیاس دارند به عنوان افراد پر خطر از لحاظ آسیب پذیری شناختی تلقی می گردند. در «مقیاس نگرش های ناکارآمد» حد پایین نمره برابر ۲۶، حد متوسط نمره برابر ۱۳۰ و حد بالای نمره ۱۸۲ است. در این مقیاس، نمره بین ۵۲-۲۶ بیانگر میزان نگرش های ناکارآمد در حد پایین، نمره بین ۱۳۰-۵۲ بیانگر میزان نگرش های ناکارآمد در حد متوسط و نمره های بالاتر از ۱۳۰ بیانگر میزان نگرش ناکارآمد در حد بالا در فرد است. روایی همزمان «مقیاس نگرش های ناکارآمد» با «پرسشنامه سلامت عمومی» (General Health Questionnaire)، را در ۱۶۷ بیمار افسرده در کانادا از طریق همبستگی آن برابر با ۰/۵۶ و پایایی ضریب آلفا کرونباخ ۰/۹۲ به دست آوردند. Batmaz & Ozdel (۳۹) در مطالعه خود روایی همزمان «مقیاس نگرش های ناکارآمد» با «سیاهه افسردگی بک» (Beck Depression Inventory) را در ۱۹۴ تن فرد سالم در ترکیه از طریق همبستگی آن با ضریب همبستگی ۰/۴۷ و ضریب آلفا کرونباخ این ابزار را در نمونه فوق برابر با ۰/۹۲ و ضریب بازآزمایی آن در فاصله زمانی یک ماه ۰/۸۵ گزارش دادند.

در مطالعه ابراهیمی و همکاران (۴۰) روایی همزمان «مقیاس نگرش های ناکارآمد» را در ۶۵ فرد افسرده در اصفهان از طریق همبستگی آن با «پرسشنامه افکار-خودآیند» (Automatic Negative Thoughts) ۰/۴۴ و ضریب آلفا کرونباخ این ابزار برابر با ۰/۹۱ بر روی ۶۵ فرد افسرده در اصفهان گزارش شد. بشیری و همکاران (۴۱)، بر روی ۱۵۰ بیمار سرطانی در کرمانشاه، روایی همگرایی «مقیاس نگرش های ناکارآمد» از طریق همبستگی نمرات آن با «سیاهه افسردگی بک» ۰/۵۲ و پایایی آن را در نمونه فوق از طریق محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۹۳ و ضریب باز آزمایی با فاصله ۲ هفته را ۰/۷۹ به دست آوردند.

«مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون» (Connor Davidson Resilience Scale) توسط Connor &

شناختی هیجان» در ۳۳۰ فرد عادی در کشور هلند، با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی، ساختار ۹ عاملی آن را مورد تایید قرار دادند و پایایی راهبردهای سازگاران، ناسازگاران و کل پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفا کرونباخ در نمونه های فوق به ترتیب برابر ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ گزارش کردند (۳۴).

در یک مطالعه دیگر، Kraaij & Garnefski (۳۵) روایی همزمان «پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان» را در ۴۷۹ تن افراد عادی در هلند با بررسی همبستگی آن با «مقیاس افسردگی، اضطراب و تنش» (Depression, Anxiety and stress Scales) با ضریب ۰/۵۹ مورد تایید قرار دادند. ضریب آلفا کرونباخ در نمونه فوق برای راهبردهای سازگاران، ناسازگاران و نمره کل به ترتیب برابر ۰/۸۸، ۰/۸۱ و ۰/۹۰ گزارش شد (۳۵).

در ایران «پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان» توسط حسنی (۳۶) بر روی ۳۸۸ دانشجوی در دانشگاه های تربیت مدرس، دانشگاه تهران و تربیت معلم تهران در رشته های مختلف و مقاطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا هنجاریابی شده است. روایی پرسشنامه از طریق تحلیل عاملی اکتشافی همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۶۳ بین خرده مقیاس ها و با روایی سازه مطلوب گزارش شده است. دامنه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه فوق، ۰/۸۹ تا ۰/۷۶ برای خرده مقیاس های آن گزارش شده است. در مطالعه قربانی و همکاران (۳۷)، روایی همگرایی «پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان» را ۳۱۰ دانشجوی دانشگاه های تهران در رشته های مختلف و مقاطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا از طریق همبستگی آن با «پرسشنامه الکسیتایمیا» (Alexitimia Questionnaire) ۰/۵۳ و پایایی پرسشنامه از طریق محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه فوق، برای راهبردهای سازگاران ۰/۹۱، برای راهبردهای ناسازگاران ۰/۸۶ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۰ گزارش شد.

«مقیاس نگرش های ناکارآمد» (Dysfunctional Attitude Scale) توسط Weissman & Beck (۳۸) بر مبنای نظریه بک در مورد محتوای ساختار شناختی در افسردگی تهیه شده است. این مقیاس شامل ۴۰ عبارت و ۴ زیر مقیاس کمال طلبی (perfectionism) (۱۰ عبارت شامل عبارات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰)؛ نیاز به تأیید دیگران (need for approval/dependency) (۱۰ عبارت شامل عبارات ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰)؛ نیاز به راضی کردن دیگران (need to please others) (۱۰

محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در این نمونه فوق برابر با ۰/۷۸ بود.

ویژگی های روانسنجی «مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون» در پژوهش بشارت (۴۴) در نمونه ۲۷۵ تن بهنجار در تهران مورد بررسی قرار گرفت. روایی همگرا در نمونه فوق این مقیاس با «پرسشنامه تجدید نظر شده شخصیت آیزنک» (Eysenck Personality Review Questionnaire) محاسبه شد و با ضریب همبستگی ۰/۵۷ مورد تایید قرار گرفت. ضرایب آلفا کرونباخ در نمونه فوق برای هر یک از زیر مقیاس های تاب آوری از ۰/۷۳ تا ۰/۹۱ و برای نمره کل مقیاس از ۰/۸۱ تا ۰/۹۳ به دست آمد. پایایی بازآزمایی در دو نوبت با فاصله های ۲ تا ۴ هفته برای هر یک از زیر مقیاس های تاب آوری از ۰/۶۹ تا ۰/۸۴ و برای نمره کل مقیاس از ۰/۷۰ تا ۰/۸۷ به دست آمد. در پژوهش کیهانی و همکاران (۴۵) بر روی ۵۰۰ دانشجوی دختر پرستاری دانشگاه های دولتی علوم پزشکی کرمانشاه و همدان، زیر مقیاس های «مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون» با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تأییدی مورد تایید قرار گرفت، به گونه ای که در تحلیل عاملی اکتشافی تعداد ۷ عامل شناسایی شد و الگوی معادلات ساختار عاملی با این ۷ عامل به خوبی برازش یافت. همچنین، ضریب آلفا کرونباخ در نمونه فوق ۰/۸۴ و ضریب همبستگی آزمون-بازآزمون با فاصله ۳ هفته ۰/۷۱ گزارش شد.

در مطالعه حاضر، روایی سازه «پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان» بر روی ۳۰ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر ساری با کاربرد تحلیل عاملی تأییدی بررسی شد و طبق نتایجی که به دست آمد، الگوی ساختاری ۹ عاملی آن برازش خوبی داشت و مورد تایید قرار گرفت. همچنین روایی سازه «مقیاس نگرش های ناکارآمد» با نمونه فوق با تحلیل عاملی تأییدی بررسی و نتایج مناسب ساختار ۴ عاملی این مقیاس بود. روایی سازه «مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون» نیز با نمونه فوق از طریق تحلیل عاملی تأییدی بررسی و نتایج، ساختار ۵ عاملی آن برازش مناسبی داشت. ضریب آلفا کرونباخ «پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان» بر روی نمونه فوق ۰/۸۶ «مقیاس نگرش های ناکارآمد» ۰/۸۴ و «مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون» ۰/۸۸ به دست آمد.

Davidson (۲۰۰۳) بر روی نمونه ۵۷۷ تن جمعیت عمومی در انگلیس در سال ۱۹۹۱-۱۹۷۹ طراحی شد (۴۲). این مقیاس دارای ۲۵ عبارت و ۵ زیرمقیاس است که پاسخ دهی به شیوه ۵ درجه لیکرت (کاملاً نادرست = صفر تا کاملاً درست=۴) نمره گذاری می شود. دامنه نمرات بین صفر تا ۱۰۰ می باشد. نمره بالا در این مقیاس نشانگر تاب آوری روان شناختی بیشتر است. در «مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون» حد پایین نمره ۲۵، حد متوسط نمره ۶۲/۵ و حد بالای نمره ۱۲۵ است. در این مقیاس نمره ۴۱-۲۵ بیانگر تاب آوری در حد پایین، نمره ۸۳-۴۱ بیانگر تاب آوری در حد متوسط و نمره بالاتر از ۸۳ بیانگر میزان تاب آوری در حد بالا است.

این مقیاس دارای ۵ زیر مقیاس شامل: تصور شایستگی فردی (personal competency) (۸ عبارت شامل عبارات ۲۵، ۲۴، ۲۳، ۱۷، ۱۶، ۱۲، ۱۱، ۱۰)؛ اعتماد به غریز فردی (trust in one's instincts) و تحمل عاطفه منفی (tolerance of negative affect) (۷ عبارت شامل عبارات ۲۰، ۲۰، ۱۹، ۱۸، ۱۵، ۱۴)؛ پذیرش مثبت تغییر (positive acceptance of change) و روابط ایمن (secure relationships) (۵ عبارت شامل عبارات ۸، ۴، ۵، ۲، ۱)، کنترل (control) (۳ عبارت شامل عبارات ۱۳، ۲۱، ۲۲) و تأثیرات معنوی (spiritual influence) (۲ عبارت شامل عبارات ۳، ۹) است. Connor & Davidson می نویسند که این ابزار به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب آور از غیرتاب آور در گروه های بالینی و غیربالینی بوده و می تواند در موقعیت های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد (۴۲). Connor & Davidson (۴۲) روایی سازه «مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون» را در نمونه ۵۷۷ تن جمعیت عمومی در انگلیس با کاربرد تحلیل عاملی تأییدی بررسی کردند و نشان دادند که ساختار ۵ عاملی آن برازش مناسبی دارد و همچنین ضریب آلفا کرونباخ آن را در نمونه فوق برابر ۰/۸۶ گزارش دادند.

Schmalbach و همکاران (۴۳) «مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون» را بر روی نمونه ای ۲۱۱ تن جمعیت عادی در آلمان هنجاریابی نمودند و روایی سازه بر اساس تحلیل عاملی تأییدی مورد بررسی قرار گرفت و با حذف ۲ عبارت، الگوی معادلات ساختار عاملی با ۶ مولفه به خوبی برازش یافت که این حاکی از روایی سازه مطلوب و قابل قبول برای این مقیاس بود. همچنین، همسانی درونی مقیاس با

برای جمع آوری داده‌ها، در ابتدا نمونه‌گیری بر اساس معیارهای ورود و خروج مطالعه از دو مرکز مشاوره و روانشناسی رهنمود نوین و آوا در ساری صورت پذیرفت. بعد از آن این افراد به طور تصادفی ساده در گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند و اعضای دو گروه هیچگونه اطلاعاتی از یکدیگر و نقش خود به عنوان آزمودنی گروه مداخله و کنترل نداشتند و به همین جهت جلسات توجیهی هم جداگانه برای هر گروه برگزار شد. قبل از شروع اجرای کار، در قالب یک جلسه توجیهی و دعوت از شرکت کنندگان دو گروه مداخله و کنترل به صورت جداگانه، توضیحاتی در خصوص شرایط آزمایش و مطالعه به زبان ساده و قابل درک به آن‌ها داده شد و به سوالات آن‌ها پاسخ داده شد. همچنین در پایان جلسه توجیهی، پرسشنامه‌ها بین شرکت کنندگان توزیع شد و ضمن توضیحاتی در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه، از آن‌ها خواسته شد که پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند.

مداخله توسط پژوهشگر اول این مطالعه که دارای بیش از ۱۰ سال سابقه روان درمانی و تجربه در این زمینه است اجرا شد. جلسات مداخله به صورت گروهی و هفتگی در پاییز سال ۱۳۹۸ در مرکز مشاوره و روانشناسی رهنمود نوین در ساری انجام شد. در ساختار ۸ جلسه‌ای «درمان پذیرش و تعهد»، از روش اجرایی Hayes و همکاران (۲۴) استفاده شد که به صورت ۸ جلسه هفتگی بود. در این جلسات به منظور اطمینان از یادگیری مفاهیم و مطالب آموزش داده شده، در پایان هر جلسه هم از اعضا در مورد مواد آموزشی بازخورد گرفته می‌شد و هم به آن‌ها بر اساس مطالب آن جلسه تکالیفی داده می‌شد و در ابتدای جلسه بعد، تکالیف بررسی می‌شد. بعد از اتمام جلسات درمانی و دو ماه پس از اتمام جلسات، از همه شرکت کنندگان خواسته شد در مرکز حضور یابند و به سوالات پرسشنامه‌ها به عنوان مرحله پس‌آزمون و پیگیری پاسخ دهند. به منظور رعایت اصول اخلاق در پژوهش، قبل از اجرای پرسشنامه‌ها و شروع مداخله، نسبت به اخذ رضایت آگاهانه از افراد شرکت کننده به صورت موافقت کتبی آن‌ها مبنی بر شرکت در پژوهش و همچنین اطمینان دادن به آن‌ها در مورد گمنام ماندن نام و مشخصاتشان اقدام شد. همچنین شرکت کنندگان در پایان پژوهش، می‌توانستند در صورت تمایل از نتایج مطالعه و پرسشنامه‌های خود آگاه شوند.

پس از تکمیل پرسشنامه‌ها به عنوان پیش‌آزمون توسط اعضای گروه مداخله و کنترل، گروه مداخله تحت «درمان

پذیرش و تعهد» قرار گرفتند. «درمان پذیرش و تعهد» طی هشت جلسه به صورت گروهی به انجام رسید که هر جلسه حدود ۱۰۰ دقیقه به طول انجامید. «درمان پذیرش و تعهد» در مطالعات مختلف بر روی افراد و گروه‌های مختلف اجرا شده است و اثربخشی آن در کاهش آسیب‌های روانی همچون علائم افسردگی و اضطرابی (۲۶،۲۵) و بهبود ظرفیت روانی همچون افزایش تاب‌آوری (۳۰) و راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان (۳۲) نشان داده شده است که می‌تواند گویای روایی و پایایی این مداخله باشد. گزارش شرح جلسات «درمان پذیرش و تعهد» در این مطالعه:

جلسه اول (مرور تلاش‌های گذشته درمانجو برای رفع مشکلاتش): معرفی گروه به یکدیگر، توزیع پیش‌آزمون، از درمانجو بیان خواسته شد آن چه را تا کنون برای رفع مشکلاتش استفاده کرده‌اند را بیان کنند و این که کارهای انجام داده چقدر موثر بوده است، توضیح استعاره گودال (فرد افتاده در چاه)

جلسه دوم (تمرین توجه آگاهی: خوردن تنقلات): به بررسی تکلیف جلسه قبل پرداخته شد، به بررسی سنجش اولیه ارزش‌ها پرداخته شد، تمرین توجه آگاهی در قالب خوردن تنقلات و استعاره چوب جادویی انجام شد.

جلسه سوم (گشودگی و پذیرش در مقابل کشش): به بررسی مرور جلسه گذشته پرداخته شد، تمرین توجه آگاهی انجام شد، استعاره مسابقه طناب کشی با هیولا بررسی شد.

جلسه چهارم (اجرای گسلش): به بررسی مرور جلسه گذشته پرداخته شد، تمرین توجه آگاهی در قالب تمرینات رسمی تر مراقبه و استعاره برگ‌ها بر روی نهر آب انجام شد.

جلسه پنجم (اجرای پذیرش و توجه آگاهی): به بررسی مرور جلسه گذشته پرداخته شد، استعاره همسایه مزاحم و کاربرگ ایجاد انگیزه بررسی شد.

جلسه ششم (راهبردهای روشن‌سازی ارزش‌ها): به بررسی مرور جلسه گذشته پرداخته شد، تمرین دارت ارزش‌ها و کاربرگ ایجاد تغییرات زندگی بررسی شد.

جلسه هفتم (راهبردهای اقدام متعهدانه در مسیر ارزش‌ها): تمرین توجه آگاهی در قالب توجه آگاهی از محیط اطراف انجام شد، به تعیین هدف و اقدام متعهدانه پرداخته شد، ۵ گام تعیین هدف و اقدام متعهدانه معرفی و مورد تفسیر قرار گرفت.

جلسه هشتم (خلق الگوهای عمل متعهدانه): به جلسات

معصومه صاحبی و همکاران

مداخله و یک کنترل که هر یک ۱۵ تن شرکت کننده داشتند. میانگین سنی آزمودنی های گروه مداخله ۲۹/۸۹ (با انحراف معیار ۸/۷۹) و گروه کنترل ۲۸/۴۸ (با انحراف معیار ۱۰/۵۴) بود. در گروه مداخله درصد آزمودنی زن و مرد به ترتیب ۶۴ درصد و ۳۶ درصد و در گروه کنترل درصد آزمودنی زن و مرد به ترتیب ۶۸ درصد و ۳۲ درصد بود. در گروه مداخله، آزمودنی های مجرد و متاهل به ترتیب ۶۹ درصد و ۳۱ درصد و در گروه کنترل، آزمودنی های مجرد و متاهل به ترتیب ۶۰ درصد و ۴۰ درصد بودند. آماره های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی های دو گروه در متغیرهای مورد مطالعه در (جدول ۱) ارائه شده است.

گذشته برگشته و مورد بررسی آنچه گفته و اقدام شد پرداخته شد، خلق الگوهای بزرگتر عمل متعهدانه، آماده سازی درمانجو برای پایان جلسات، اجرای پس آزمون و توزیع پرسشنامه های پژوهش انجام گرفت. برای تحلیل داده های پژوهش از روش های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف استاندارد و آمار استنباطی شامل آزمون تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه گیری مکرر در اس پی اس نسخه ۲۱ در سطح ۰/۰۵ معناداری استفاده شد.

یافته ها

بر اساس اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به یک گروه

جدول ۱: شاخصه های توصیفی متغیرهای پژوهش در دو گروه

متغیرها	موقعیت	گروه مداخله		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان	پیش آزمون	۴۱/۵۲	۱۱/۱۲	۴۲/۳۴	۱۰/۷۱
	پس آزمون	۴۶/۸۷	۱۳/۵۹	۴۱/۱۱	۹/۷۶
	پیگیری	۴۵/۶۹	۱۴/۳۷	۴۲/۸۵	۱۳/۵۱
راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان	پیش آزمون	۷۷/۲۴	۱۷/۰۶	۷۵/۸۷	۱۱/۲۷
	پس آزمون	۷۱/۴۶	۱۹/۲۳	۷۶/۲۸	۱۰/۵۶
	پیگیری	۷۰/۹۴	۱۶/۱۸	۷۴/۸۹	۱۸/۴۵
نگرش ناکارآمد	پیش آزمون	۱۱۲/۶۹	۲۷/۴۲	۱۱۰/۱۹	۲۵/۳۶
	پس آزمون	۱۰۳/۲۵	۲۳/۵۶	۱۰۹/۷۳	۲۶/۴۹
	پیگیری	۱۰۲/۸۴	۲۵/۹۴	۱۱۲/۰۵	۲۳/۱۶
تاب آوری	پیش آزمون	۴۳/۲۱	۱۵/۶۵	۴۱/۹۶	۱۳/۵۷
	پس آزمون	۴۹/۰۷	۱۴/۲۹	۴۳/۵۵	۱۱/۸۶
	پیگیری	۵۰/۲۸	۱۲/۳۲	۴۲/۲۳	۱۳/۷۲

اساس نتایج آزمون ام. باکس فرض همگنی ماتریس های واریانس - کوواریانس رعایت شده است ($F=۰/۸۳, P>۰/۰۵$). نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنف حاکی از نرمال بودن داده ها بود ($P<۰/۰۵$). بر این اساس و با توجه به سایر پیش شرط های بررسی شده در مرحله قبل تمامی مفروضات لازم برای انجام آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر برقرار است. در این تحلیل، در ابتدا راهبردهای تنظیم هیجان همزمان وارد تحلیل شدند و ترکیب خطی دو راهبرد تنظیم هیجان در بین گروه ها، بر حسب زمان و نیز اثرات تعاملی گروه و زمان مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج این تحلیل نشان داد که در ترکیب خطی مولفه های راهبردهای تنظیم هیجان بر حسب عضویت

همانگونه در (جدول ۱) قابل مشاهده است، "درمان تمهد و پذیرش" با افزایش نمرات راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان و تاب آوری و کاهش نمرات راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان و نگرش ناکارآمد همراه است، در حالی که در گروه کنترل چنین تغییری مشهود نیست. به منظور مقایسه تفاوت بین گروهی و درون گروهی در راهبردهای تنظیم هیجان از آزمون تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه گیری مکرر استفاده شد. در ابتدا مفروضه های کرویت موچلی و همگنی ماتریس های واریانس - کوواریانس مورد بررسی قرار گرفتند. فرض کرویت موچلی در هیچ یک از راهبردهای تنظیم هیجان محقق نشده است ($P<۰/۰۵$) و بر این اساس از اصلاح پسپیلین هین - فلت استفاده شد. بر

وجود دارد. در ادامه جهت بررسی تفاوت‌ها در هر یک از مولفه های راهبردهای تنظیم هیجان، نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر در (جدول ۲) آورده شده است.

گروهی ($F=3/54, P<0/04$)=لانداى ويكلز، سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ($F=0/45$)=لانداى ويكلز، و اثر تعاملی عضویت گروهی و زمان ($F=9/35, P<0/001$) و لانداى ويكلز، ($F=4/42, P<0/052$) تفاوت معناداری

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر برای بررسی الگوهای تفاوت در راهبردهای تنظیم هیجان

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات فارسی شود	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	اندازه اثر
راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان	گروه	۵۲/۹۳	۱	۵۲/۹۳	۳/۸۵	۰/۰۴	۰/۱۳
	زمان	۱/۲۸	۹۳/۰۸	۶/۷۶	۰/۰۰۷	۰/۲۴	
	گروه× زمان	۱/۲۸	۹/۷۱	۳/۲۸	۰/۰۵	۰/۱۱	
راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان	گروه	۱۱۳/۲۴	۱	۱۱۳/۲۴	۵/۱۸	۰/۰۱	۰/۱۹
	زمان	۱/۵۹	۱۸۷/۰۵	۹/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۲۹	
	گروه× زمان	۱/۵۹	۵۴/۹۷	۴/۶۵	۰/۰۲	۰/۱۵	

* نتایج بر اساس اصلاح اِپسِلین هین-فلت ارائه شده است.

نتایج (جدول ۲) نشان می دهد، هر سه اثر عضویت بین گروهی، درون گروهی و اثر تعاملی بین گروهی و درون گروهی بر متغیر راهبردهای تنظیم هیجان معنادار است. به منظور مقایسه تفاوت بین گروهی و درون گروهی در نمرات نگرش ناکارآمد از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر استفاده شد. در ابتدا مفروضه کرویت موچلی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن نشان داد که این فرض در متغیر نگرش ناکارآمد حاصل نشده است ($P<0/05$) و بر این اساس از اصلاح اِپسِلین هین-فلت استفاده شد. نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف حاکی از نرمال بودن داده ها بود ($P<0/05$).

نتایج تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر در (جدول ۳) آورده شده است.

نتایج (جدول ۳) نشان می دهد، هر سه اثر عضویت بین گروهی، درون گروهی و اثر تعاملی بین گروهی و درون گروهی بر متغیر راهبردهای تنظیم هیجان معنادار است. به منظور مقایسه تفاوت بین گروهی و درون گروهی در نمرات نگرش ناکارآمد از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر استفاده شد. در ابتدا مفروضه کرویت موچلی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن نشان داد که این

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر برای بررسی الگوهای تفاوت در نگرش ناکارآمد

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	اندازه اثر
نگرش ناکارآمد	گروه	۱۹۴۹/۶۸	۱	۱۹۴۹/۶۸	۳۱/۸۱	۰/۰۰	۰/۵۹
	زمان	۱/۴۷	۵۹۸/۹۰	۲۳/۳۷	۰/۰۰	۰/۴۶	
	گروه× زمان	۱/۴۷	۳۳۸/۰۲	۱۴/۷۵	۰/۰۰	۰/۴۱	

* نتایج بر اساس اصلاح اِپسِلین هین-فلت ارائه شده است.

نتایج (جدول ۳) نشان می دهد هر سه اثر عضویت بین گروهی ($F=31/81, P=0/00$)، درون گروهی ($P=0/00$)، و اثر تعاملی بین گروهی و درون گروهی ($F=23/37, P=0/00$) بر متغیر نگرش ناکارآمد معنادار است. اندازه اثر یا میزان تأثیر منابع تغییر بین گروهی، درون گروهی و اثر

تعاملی برای این متغیر به ترتیب ۵۹، ۴۶ و ۴۱ درصد می باشد. مطابق با مقایسه میانگین‌ها در جدول ۱، در مرحله پس آزمون و پیگیری، آزمودنی های گروه مداخله نسبت به گروه کنترل میانگین کمتری در متغیر نگرش ناکارآمد کسب کرده اند.

نتایج (جدول ۳) نشان می دهد هر سه اثر عضویت بین گروهی ($F=31/81, P=0/00$)، درون گروهی ($P=0/00$)، و اثر تعاملی بین گروهی و درون گروهی ($F=23/37, P=0/00$) بر متغیر نگرش ناکارآمد معنادار است. اندازه اثر یا میزان تأثیر منابع تغییر بین گروهی، درون گروهی و اثر

معصومه صاحبی و همکاران

این اساس از اصلاح اپسپلین هین- فلت استفاده شد. نتایج آزمون کالموگروف- اسمیرنف حاکی از نرمال بودن داده ها بود ($P > 0.05$).

نتایج تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر در (جدول ۴) آورده شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر برای بررسی الگوهای تفاوت در تاب آوری

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	اندازه اثر
تاب آوری	گروه	۱۲۸۳/۸۸	۱	۱۲۸۳/۸۸	۲۷/۳۹	۰/۰۰	۰/۴۴
زمان		۱/۶۲	۳۴۰/۳۶	۱۲/۲۹	۰/۰۰	۰/۲۵	
گروه×زمان		۱/۶۲	۳۸۷/۲۹	۱۳/۴۳	۰/۰۰	۰/۲۷	

* نتایج بر اساس اصلاح اپسپلین هین-فلت ارائه شده است.

تفاوت میانگین گروه مداخله و گروه کنترل در هر سه متغیر راهبردهای تنظیم هیجان، نگرش ناکارآمد و تاب آوری معنادار است ($P < 0.01$) و "درمان پذیرش و تعهد" موجب تغییر معنادار نمرات هر سه متغیر شده است.

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی "درمان پذیرش و تعهد" بر راهبردهای تنظیم هیجان، نگرش ناکارآمد و تاب آوری در افراد مبتلا به افسردگی انجام شد. طبق نتایج، "درمان پذیرش و تعهد" بر بهبود راهبردهای تنظیم هیجان، نگرش های ناکارآمد و تاب آوری در افراد مبتلا به افسردگی اساسی اثربخش بود که این یافته با نتایج مطالعات Arch و همکاران (۲۵)، سیدی و همکاران (۲۶)، Forman و همکاران (۲۷) و نوروزی و همکاران (۳۳) مبنی بر اثربخشی این درمان بر بهبود هیجانات منفی همچون اضطراب و افسردگی و راهبردهای تنظیم هیجان همسو است.

Arch و همکاران (۲۵) در مطالعه خود بر روی بیماران سرطانی با علائم افسردگی نشان دادند که "درمان پذیرش و تعهد" در آمادگی این بیماران برای دریافت برنامه مراقبت های بهداشتی، تبعیت از درمان و کاهش علائم افسردگی و اضطرابی می تواند اثربخش باشد. سیدی و همکاران (۲۶) در مطالعه خود بر روی افراد وابسته به متادون تحت درمان نشان دادند که این مداخله در بهبود تنظیم هیجان و کاهش علائم افسردگی در آن ها اثربخش است. Forman و همکاران (۲۷) در مطالعه خود

به منظور مقایسه تفاوت بین گروهی و درون گروهی در نمرات تاب آوری از آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر استفاده شد. در ابتدا مفروضه های کرویت موجهی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن نشان داد این فرض در متغیر تاب آوری محقق نشده است ($P < 0.05$) و بر

نتایج (جدول ۴) نشان می دهد هر سه اثر عضویت بین گروهی ($F=27/39, P=0/00$)، درون گروهی ($P=0/00$)، $F=12/29$ و اثر تعاملی بین گروهی و درون گروهی ($F=13/43, P=0/00$) بر متغیر تاب آوری معنادار است. اندازه اثر یا میزان تأثیر منابع تغییر بین گروهی، درون گروهی و اثر تعاملی برای این متغیر به ترتیب ۴۴، ۲۵ و ۲۷ درصد می باشد.

مطابق با مقایسه میانگین ها در جدول ۱، در مرحله پس آزمون و پیگیری، آزمودنی های گروه مداخله نسبت به گروه کنترل میانگین بیشتری در متغیر تاب آوری کسب کرده اند. با توجه به معناداری اثر تعاملی زمان و گروه در هر سه متغیر، برای بررسی معناداری وضعیت هر گروه در سه زمان پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری از آزمون بنفرونی استفاده شد. طبق نتایج آزمون بنفرونی، برای هر سه متغیر راهبردهای تنظیم هیجان، نگرش ناکارآمد و تاب آوری در گروه مداخله بین پیش آزمون با پس آزمون و پیش آزمون با پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0.01$)، در حالی که در این گروه بین مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P > 0.05$). همچنین، در گروه کنترل در مورد هر سه متغیر راهبردهای تنظیم هیجان، نگرش ناکارآمد و تاب آوری، در هیچکدام از مقایسه مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود نداشت ($P > 0.05$). مقایسه مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود نداشت ($P > 0.05$). نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی جهت مقایسه بر حسب مقایسه دو گروهی نیز نشان داد

راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه شود (۲۷). لذا در مطالعه حاضر و در قالب این مداخله، به افراد افسرده کمک شد تا افکار آزار دهنده را صرفاً به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمدی شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن ها، کاری را انجام دهند که در زندگی شان مهم و در راستای ارزش های آن ها است و این فرایند می تواند در بهبود راهبردهای تنظیم هیجان موثر باشد؛ چرا که این نوع تغییر نگاه و رابطه فرد با تجارب درونی و اجتناب های خود، بعد از مدتی موجب می شود تا ذهن خود را به فعالیت ها، اهداف و برنامه هایش معطوف کرده و نتایج هیجانی مثبت و بهتری کسب کند (۲۴). در سبب شناسی اختلال افسردگی بر فقدان راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان تاکید می شود و وقتی یک فرد افسرده در جلسات "درمان پذیرش و تعهد" قرار می گیرد، با به کارگیری روش های مختلف، یاد می گیرد چگونه با هیجانات ناخوشایند خود مواجه شود و به شیوه سازگارانه به آن پاسخ دهد (۲۶).

طبق نتایج حاصل، "درمان پذیرش و تعهد" بر افزایش تاب آوری در افراد مبتلا به افسردگی موثر بود که این یافته با نتایج مطالعات قبلی (۳۰، ۳۱) همسو است. "درمان پذیرش و تعهد"، افزایش قابلیت پذیرش روانی در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات) و به تبع آن کاهش اعمال کنترل نامؤثر را تسهیل می کند (۳۰). به فرد آموخته می شود هرگونه عملی جهت کنترل یا اجتناب از تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن ها می شود و باید این تجارب را بدون هرگونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن ها، به طور کامل پذیرفت (۳۰). همچنین 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 و می آموزد خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جدا سازی شناخت)، به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند (۳۱) که این خود به تقویت تاب آوری کمک می کند. همچنین "درمان پذیرش و تعهد" منجر به کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است، می گردد و به فرد کمک می کند تا انطباق موفقیت آمیزی در مصائب و اتنش های ناتوان ساز داشته باشد (۳۲) و در نتیجه تاب آوری افزایش می یابد.

به منظور مقایسه اثربخشی "درمان پذیرش و تعهد" و "درمان شناختی رفتاری" بر بهبود علائم بالینی افراد با علائم افسردگی و اضطرابی نشان دادند که هر دو مداخله به یک میزان می تواند اثربخش باشد. نوروزی و همکاران (۳۳) در بررسی خود بر روی دانشجویان دانشگاه نشان دادند که "درمان پذیرش و تعهد" بر بهبود تنظیم هیجان و وضعیت بین فردی افراد شرکت موثر است. با این حال مطالعه حاضر به کاربرد مداخله "درمان پذیرش و تعهد" برای بهبود راهبردهای تنظیم هیجان، نگرش های ناکارآمد و تاب آوری در بیماران با تشخیص افسردگی اساسی پرداخته است که بعد نوآوری آن در مقایسه با مطالعات ذکر شده، از نظر گروه مورد مطالعه و کاربرد این مداخله برای بهبود دو متغیر نگرش های ناکارآمد و تاب آوری در آن ها می باشد، چرا که در مطالعات قبلی بر کاربرد "درمان پذیرش و تعهد" برای بهبود نگرش های ناکارآمد و تاب آوری در بیماران دارای افسردگی اساسی تمرکز نداشته اند.

بسیاری از درمانگران "درمان پذیرش و تعهد" معتقد هستند اختلالات رفتاری و روانی محصول تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجان های منفی، اجتناب از تجارب درونی و عدم انجام فعالیت های مهم و ارزشمند زندگی است (۲۵). لذا در این درمان بر تغییر رابطه مراجع با تجارب درونی و اجتناب هایش تاکید می شود و در همین راستا، از فنونی چون پذیرش روانی، افزایش آگاهی، جداسازی شناختی، خود تجسمی، روشن سازی ارزش ها و عمل نسبت متعهدانه به آن ها، آگاهی هیجانی، آموزش تحمل پریشانی و آموزش تنظیم هیجان استفاده می شود (۲۸). این مداخلات به تغییر نوع واکنش مراجع به تجارب درونی و بیرونی، کاهش اجتناب تجربی، افزایش انعطاف پذیری و کنش های مثبت روانشناختی در موقعیت های مختلف به خصوص موقعیت های تنش زا در زندگی منجر می شود (۲۹) که خود می تواند زمینه خودتنظیمی بهتر هیجانی را فراهم آورد. افرادی که از تنظیم هیجانی پایینی برخوردارند، وقتی که در جلسات "درمان پذیرش و تعهد" قرار می گیرند، به آن ها آموخته می شود، هرگونه عملی برای اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخوشایند و ناخواسته نه تنها بی اثر است، بلکه حتی ممکن است اثر معکوس نیز داشته باشد و موجب تشدید فشار روانی، احساس آشفتگی و در نتیجه تشدید هیجانات و بکارگیری

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه دال بر اثربخشی "درمان پذیرش و تعهد" بر بهبود راهبردهای تنظیم هیجان، نگرش های ناکارآمد و تاب آوری در مبتلایان به افسردگی بود. پیشنهاد می شود مداخلات حمایتی روانشناختی به صورت ارائه دوره های آموزشی مبتنی بر این درمان با هدف توانمندسازی و ارتقای سلامت روانی افراد مبتلا به افسردگی در مراکز مشاوره و روان درمانی انجام شود. از محدودیت های مطالعه حاضر، عدم همکاری مراکز درمانی با پژوهشگر برای نمونه گیری و اجرای مداخله، دسترسی کم به بیماران دارای افسردگی اساسی و همچنین عدم تمایل بیماران برای شرکت در پژوهش بود که این انجام پژوهش را دشوار می ساخت. همچنین جمع آوری داده ها از طریق پرسشنامه خودگزارشی نیز می تواند در دستیابی به داده های معتبر خدشه ایجاد کند.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکترای روانشناسی عمومی معصومه صاحبی با راهنمایی جناب آقای دکتر رمضان حسن زاده و مصوب در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری با کد IR.IAU.SARI.REC.1398.070 می باشد. بدین وسیله از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش که در انجام پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می شود.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله هیچگونه تضاد منافی گزارش نکردند.

نتایج نشان داد "درمان پذیرش و تعهد" بر کاهش نگرش های ناکارآمد در افراد مبتلا به افسردگی موثر بود. نگرش های ناکارآمد شامل (موفقیت/ کامل طلبی، نیاز به تایید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب پذیری) در ایجاد خلق افسرده تاثیر معناداری دارد (۱۳). در "درمان پذیرش و تعهد"، هدف از تاکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه های درونی این بود که به آن ها کمک شود تا افکار آزاردهنده شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد افکار فعلی شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش هایشان است، بپردازند (۲۷). در این درمان تمرین های تعهد رفتاری به همراه روش های گسلش و پذیرش و نیز بحث های مفصل پیرامون ارزش ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش ها، همگی منجر به کاهش شدت نگرش های ناکارآمد در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی شد. در اینجا با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، مراجعان توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جداکردن خود از واکنش ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند (۲۶). در واقع به افراد آموزش داده شد که در درمان چگونه فرایندهای مرکزی بازداری فکر را رها کنند، از افکار آزاردهنده رهایی یابند؛ به جای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده گر را تقویت نمایند، رویداد های درونی را به جای کنترل بپذیرند، ارزش هایشان را تصریح کنند و به آن ها بپردازند. در این درمان افراد یاد می گیرند که احساساتشان را بپذیرند تا اینکه از آن ها فاصله بگیرند و به افکار و فرایند تفکرشان به وسیله ی ذهن آگاهی بیشتر پرداخته و آن ها را در جهت فعالیت های هدف محور پیوند دهند (۳۳).

References

1. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout-depression overlap: A review. *Clinical Psychology Review*. 2015;36(7):28-41. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.004>
2. Ershadi Kia B, Shajari A, Tayebi F, Yaghubi far MA. Identifying the prevalence and contributing factors of depression in students of health and health-related schools of Sabzevar University of Medical Sciences in academic year 2009-2010. *Beyhagh; Journal of Sabzevar School of Medical Sciences*. 2015; 16(1): 33-43.
3. Moyneur E, Dea K, Derogatis LR, Vekeman F, Dury AY, Labrie F. Prevalence of depression and anxiety in women newly diagnosed with vulvovaginal atrophy and dyspareunia. *Menopause*. 2020;27(2):134-142. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001450>
4. Sin NL, DiMatteo MR. Depression treatment enhances adherence to antiretroviral therapy: A meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*. 2014;47(3):259-269. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9559-6>
5. Sheppes G, Suri G, Gross JJ. Emotion regulation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2015;11(1):379-405. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112739>
6. Etkin A, Büchel C, Gross JJ. The neural bases of emotion regulation. *Nature Reviews*

- Neuroscience. 2015;16(11):693-700. <https://doi.org/10.1038/nrn4044>
7. Khazraee H, Omidi A, Kakhki RD, Zanjani Z, Sehat M. [Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in cognitive emotion regulation strategies, headache-related disability, and headache intensity in patients with chronic daily headache]. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2018;20(1): 89-97. <https://doi.org/10.5812/ircmj.57151>
 8. Spidel A, Lecomte T, Kealy D, Daigneault I. 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*. 2018;91(2):248-61. <https://doi.org/10.1111/papt.12159>
 9. Sin NL, DiMatteo MR. Depression treatment enhances adherence to antiretroviral therapy: A meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*. 2014;47(3):259-69. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9559-6>
 10. Quoidbach J, Mikolajczak M, Gross JJ. Positive interventions: An emotion regulation perspective. *Psychological Bulletin*. 2015;141(3):655. <https://doi.org/10.1037/a0038648>
 11. Qin X, Sun J, Wang M, Lu X, Dong Q, Zhang L, Liu J, Ju Y, Wan P, Guo H, Zhao F. Gender differences in dysfunctional attitudes in major depressive disorder. *Frontiers in Psychiatry*. 2020;11(2):86-95. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00086>
 12. Beck AT, Grant PM, Huh GA, Perivoliotis D, Chang NA. Dysfunctional attitudes and expectancies in deficit syndrome schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2013;39(1):43-51. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr040>
 13. Brouwer ME, Williams AD, Forand NR, DeRubeis RJ, Bockting CL. Dysfunctional attitudes or extreme response style as predictors of depressive relapse and recurrence after mobile cognitive therapy for recurrent depression. *Journal of Affective Disorders*. 2019;243(6):48-54. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.002>
 14. Jarrett RB, Minhajuddin A, Borman PD, Dunlap L, Segal ZV, Kidner CL, Friedman ES, Thase ME. Cognitive reactivity, dysfunctional attitudes, and depressive relapse and recurrence in cognitive therapy responders. *Behavior Research and Therapy*. 2012;50(5):280-296. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.01.008>
 15. Morris MC, Kouros CD, Fox KR, Rao U, Garber J. Interactive models of depression vulnerability: The role of childhood trauma, dysfunctional attitudes, and coping. *British Journal of Clinical Psychology*. 2014;53(2):245-263.
 16. Meiser S, Esser G. How dysfunctional are dysfunctional attitudes? A threshold model of dysfunctional attitudes and depressive symptoms in children and adolescents. *Cognitive Therapy and Research*. 2017;41(6):730-44.
 17. Fuhr K, Reitenbach I, Kraemer J, Hautzinger M, Meyer TD. Attachment, dysfunctional attitudes, self-esteem, and association to depressive symptoms in patients with mood disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2017;212(10):110-116.
 18. Fang Y, Scott L, Song P, Burmeister M, Sen S. Genomic prediction of depression risk and resilience under stress. *Nature Human Behavior*. 2020;4(1):111-118.
 19. Tamayo JM. Resilience, depression, anxiety, and stress among overseas Filipino Seafarers. *Philippine Social Science Journal*. 2019;2(1):116-129.
 20. Wackerhagen C, Veer IM, Erk S, Mohnke S, Lett TA, Wüstenberg T, Romanczuk-Seiferth NY, Schwarz K, Schweiger JI, Tost H, Meyer-Lindenberg A. Amygdala functional connectivity in major depression-disentangling markers of pathology, risk and resilience. *Psychological Medicine*. 2019;16(3):1-15. <https://doi.org/10.1017/S0033291719002885>
 21. Friedman AK, Walsh JJ, Juarez B, Ku SM, Chaudhury D, Wang J, Li X, Dietz DM, Pan N, Vialou VF, Neve RL. Enhancing depression mechanisms in midbrain dopamine neurons achieves homeostatic resilience. *Science*. 2014;344(6181):313-319. <https://doi.org/10.1126/science.1249240>
 22. Sarkar M, Fletcher D. Psychological resilience in sport performers: A review of stressors and protective factors. *Journal of Sports Sciences*. 2014;32(15):1419-34. <https://doi.org/10.1080/02640414.2014.901551>
 23. Allan JF, McKenna J, Dominey S. Degrees of resilience: profiling psychological resilience and prospective academic achievement in university inductees. *British Journal of Guidance & Counselling*. 2014;42(1):9-25. <https://doi.org/10.1080/03069885.2013.793784>
 24. Hayes SC, Fletcher LB, Seignourel PJ, Bunting K, Herbst SA, Twohig MP, Lillis J. Impact of acceptance and commitment therapy versus education on stigma toward people with psychological disorders. *Behavior Research and Therapy*. 2007;45(11):2764-72. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.05.008>
 25. Arch JJ, Fishbein JN, Ferris MC, Mitchell JL, Levin ME, Slivjak ET, Andorsky DJ, Kutner JS. Acceptability, feasibility, and efficacy potential of a multimodal acceptance and commitment therapy Intervention to address Psychosocial and advance Care Planning needs among anxious and depressed adults with metastatic cancer. *Journal*

- of Palliative Medicine. 2020;11(5):540-551. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0398>
26. Saedy M, Kooshki S, Firouzabadi MJ, Emamipour S, Ardani AR. [Effectiveness of acceptance-commitment therapy on anxiety and depression among patients on methadone treatment: A pilot study]. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2015;9(1):188-198. <https://doi.org/10.5812/ijpbs.222> <https://doi.org/10.17795/ijpbs222>
 27. Forman EM, Shaw JA, Goetter EM, Herbert JD, Park JA, Yuen EK. Long-term follow-up of a randomized controlled trial comparing acceptance and commitment therapy and standard cognitive behavior therapy for anxiety and depression. *Behavior Therapy*. 2012;43(4):801-11. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.04.004>
 28. Forman EM, Herbert JD, Moitra E, Yeomans PD, Geller PA. A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*. 2007;31(6):772-99. <https://doi.org/10.1177/0145445507302202>
 29. Jamshidian Qaleh Shahi P, Aghaei A, Golparvar M. [Comparing the effect of Iranian Positive Therapy and Acceptance-Commitment Therapy on depression, anxiety and stress of infertile women in Isfahan city]. *Journal of Health Promotion Management*. 2017;6(5):8-16. <https://doi.org/10.21859/jhpm-07032>
 30. Moghbel Esfahani S, Haghayegh SA. [The effectiveness of acceptance and commitment therapy on resilience, meaning in Life, and family function in family caregivers of patients with schizophrenia]. *The Horizon of Medical Sciences*. 2019;25(4):298-311.
 31. Sadeghi F, Hassani F, Emamipour S, Mirzaei H. [Effect of Acceptance and Commitment Group Therapy on quality of life and resilience of women with breast cancer]. *Archives of Breast Cancer*. 2018;4(3):111-7.
 32. Spidel A, Lecomte T, Kealy D, Daigneault I. 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*. 2018;91(2):248-61.
 33. Norouzi M, Zargar F, Norouzi F. [Effectiveness of acceptance and commitment therapy on interpersonal problems and difficulties in emotion regulation among university students]. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2017;11(3):33-45.
 34. Garnefski N, Kraaij V. The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*. 2007;23(3):141-9.
 35. Kraaij V, Garnefski N. The behavioral emotion regulation questionnaire: development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the cognitive emotion regulation questionnaire. *Personality and Individual Differences*. 2019;137(11):56-61.
 36. Hasani J. [The psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)]. *Journal of Clinical Psychology*. 2010; 3(7):73-84.
 37. Ghorbani F, Khosravani V, Ardakani RJ, Alvani A, Akbari H. [The mediating effects of cognitive emotion regulation strategies on the relationship between alexithymia and physical symptoms: Evidence from Iranian asthmatic patients]. *Psychiatry Research*. 2017;247(14):144-51. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.015>
 38. Weissman A, Beck AT. Development and validation of the dysfunctional attitude scale paper presented at the annual convention of the association for the advancement of Behavior Therapy. *Journal of Research and Development in Education*. 1978;4(2):33-41.
 39. Batmaz S, Ozdel K. Psychometric properties of the revised and abbreviated form of the Turkish version of the Dysfunctional Attitude Scale. *Psychological Reports*. 2016;118(1):180-198.
 40. Ebrahimi A, Neshatdoust H, Kalantari M, Moulavi H, Ghbanali A. [Contributions of dysfunctional attitude scale and general health subscales to prediction and odds ratio of depression]. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2008;9(4):40-44.
 41. Bashiri H, Dehghan F, Saeedi S, Mehrabi Pari S, Shafiei Kohnehshahri S, Abaszadeh M. [Relationship between looming cognitive style with dysfunctional attitudes, anxiety, and depression among cancer patients]. *Journal of Health and Care*. 2018;19(4):242-50.
 42. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 2003;18(2):76-82.
 43. Schmalbach B, Zenger M, Strauß B, Hinz A, Steffens-Guerra I, Decker O, Brähler E. Validation and psychometric properties of the resilience scale-5 (RS-5) results of a representative survey of the German general population. *Health Science Journal*. 2016;10(5):1-14.
 44. Besharat MA. [Psychometric properties of the Persian Formula Resilience Scale]. *Research Report, University of Tehran*. 2007;3(1): 59-67.
 45. Keihani M, Taghvaei D, Rajabi A, Amirpour B. [Internal conformity and confirmatory factor analysis of Connor-Davidson Resilience Scale in nursing female students]. *Iranian Journal of Medical Education*. 2014; 14(10): 857-864.