

## Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Military Personnel Mental Health

### ARTICLE INFO

#### Article Type

Original Research

#### Authors

Yazarloo M.\* MA,  
Kalantari M.<sup>1</sup> PhD,  
Mehrabani H.<sup>1</sup> PhD

#### How to cite this article

Yazarloo M, Kalantari M, Mehrabani H. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Military Personnel Mental Health. Journal of Police Medicine. 2018; 7(1):13-17.

### ABSTRACT

**Aims** The armed forces of the country are more exposed to psychological damage than other employees of the occupation, due to the inherent characteristics of the military profession. The purpose of this research was to determine the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on military personnel mental health.

**Materials & Methods** This semi-experimental study with control group and assessment into pre-test, post-test and a follow up that lasted for a month was performed in all Golestan, Iran, military personnel in 2015-2016. Using targeted sampling, 60 samples were selected and divided into 2 groups of experimental and control groups. The Symptom Check List-90-Revised was used for data collection. Data was analyzed using multivariable covariance analysis in SPSS 22.

**Findings** Acceptance and Commitment Therapy in the post-test stage was affected 12.8% on scores of physical complaint, 24.3% on obsession, 9.1% on interpersonal sensitivity, 8.2% on depression, 11.8% on phobia and 10.2% on psychosis ( $p < 0.001$ ). This intervention in following stage was affected 9.9% on physical complaint, 25.2% on obsession, 7.2% on interpersonal sensitivity, 12.4% on depression and 10.6% on phobia ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion** Acceptance and Commitment Therapy is effective on the various aspects of mental health of military personnel.

**Keywords** Acceptance and Commitment Therapy; Mental Health; Military Personnel

### CITATION LINKS

- [1] Interrelationships between intellectual capital and performance: Empirical examination
- [2] Individual factors affecting military forces job satisfaction
- [3] The prevalence of common mental disorders and PTSD in the UK military: Using data from a clinical interview-based study
- [4] Human relations in the school (7th)
- [5] Spirituality as a component of psychological well-being
- [6] The trait and process of resilience
- [7] Prevalence of Depression in Duty Personnel at (A) City Police Headquarters in 2012
- [8] Prevalence of depression and associated factors among military personnel in the air base in Taif regio
- [9] Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes
- [10] New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance based therapies
- [11] Embracing your demons: an overview of acceptance and commitment therapy
- [12] Stability and change in cognitive behavior therapy: Considering the implications of ACT and RFT
- [13] Acceptance and Commitment Therapy for drug abuse in incarcerated women
- [14] A review of acceptance and commitment therapy with anxiety disorders
- [15] Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave
- [16] Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation
- [17] Standardization of mental disorders symptoms checklist 90 revised (SCL-90-R) in army staffs
- [18] Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in reducing automatic thoughts, dysfunctional attitude, depression and anxiety: A sixty day follow-up
- [19] Acceptance and commitment therapy and behavioral activation for the treatment of depression: Description and comparison
- [20] Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial
- [21] The efficacy of group acceptance and commitment therapy (ACT)-based training on burnout in nurses
- [22] Yoga and self-esteem: Exploring change in middle-aged women (dissertation)
- [23] The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being
- [24] EMDR: The breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress, and trauma
- [25] Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy
- [26] Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future

\*Department of Psychology, Education Science & Psychology Faculty, Isfahan University, Isfahan, Iran

<sup>1</sup>Department of Psychology, Education Science & Psychology Faculty, Isfahan University, Isfahan, Iran

#### Correspondence

Address: Education Science & Psychology Faculty, Isfahan University, Azadi Square, Isfahan, Iran. Postal Code: 8174673441  
Phone: +98 (17) 35723963-  
Fax: +98 (17) 35728369  
yazarloo.17@gmail.com

#### Article History

Received: September 1, 2016  
Accepted: September 13, 2017  
ePublished: January 3, 2018

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان کارکنان نیروی انتظامی

محمدتقی یازلو\* MA

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

مهرداد کلانتری PhD

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

حسین‌علی مهربانی PhD

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

### چکیده

**اهداف:** نیروهای مسلح کشور به لحاظ ویژگی‌های ذاتی حرفه نظامی، بیش از کارکنان سایر مشاغل در معرض آسیب‌های روانی قرار می‌گیرند. هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان کارکنان نیروی انتظامی بود.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری یک‌ماهه، در کلیه کارکنان نیروی انتظامی استان گلستان در سال ۱۳۹۵-۱۳۹۴ انجام شد. با روش نمونه‌گیری هدفمند، ۶۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب و در ۲ گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. برای گردآوری داده‌ها از سیاهه نشانه‌های اختلالات روانی (SCL-90-R) استفاده شد. داده‌ها نیز با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره با کمک نرم‌افزار SPSS 22 تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون، ۱۲/۸٪ بر امتیاز شکایت جسمانی، ۲۴/۳٪ بر وسواس، ۹/۱٪ بر حساسیت بین‌فردی، ۸/۲٪ بر افسردگی، ۱۱/۸٪ بر ترس مرضی و ۱۰/۲٪ بر روان‌پریشی تأثیر داشت ( $P < 0.001$ ). این مداخله درمانی در مرحله پیگیری ۹/۹٪ بر شکایت جسمانی، ۲۵/۲٪ بر وسواس، ۷/۲٪ بر حساسیت بین‌فردی، ۱۲/۴٪ بر افسردگی و ۱۰/۶٪ بر ترس مرضی مؤثر بود ( $P < 0.001$ ).

**نتیجه‌گیری:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد مختلف سلامت روان کارکنان نیروی انتظامی مؤثر است.

**کلیدواژه‌ها:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سلامت روان، کارکنان نیروی انتظامی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۷/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۶/۲۲

\*نویسنده مسئول: yazarloo.17@gmail.com

### مقدمه

منابع انسانی متعهد و کارآمد از مهم‌ترین عوامل دستیابی به اهداف سازمانی هستند<sup>[1]</sup>. نیروهای مسلح کشور به لحاظ ویژگی‌های ذاتی حرفه نظامی، بیش از کارکنان سایر مشاغل در معرض آسیب‌های روانی قرار می‌گیرند. فشارهای روانی ناشی از مأموریت‌های پیچیده، قوانین سخت، احتمال مجروحیت و معلولیت، ترس از شکست، اسارت و حتی مرگ، ازجمله مسائلی است که احتمال آنها در مشاغل نظامی بسیار بیش از مشاغل غیرنظامی است<sup>[2, 3]</sup>. بنابراین سازمان‌های نیروی انتظامی می‌بایست بیشتر از سایر سازمان‌ها به آمادگی و سلامت روان کارکنان خود توجه داشته باشند چراکه وجود کارکنانی که به نحوی دچار اختلالات روانی شده‌اند، سبب به‌وجودآمدن مسائلی برای سازمان می‌شود، از این رو لازم است که سلامت روانی کارکنان نیروی انتظامی به‌طور جدی مورد بررسی قرار گیرد.

سازمان بهداشت جهانی، سلامت روان را عبارت از قابلیت فرد در برقراری ارتباط موزون با دیگران، توانایی در تغییر و اصلاح محیط اجتماعی خویش و حل مناسب و منطقی تعارض‌های هیجانی و تمایلات شخصی خود می‌داند. به عبارت دیگر، بهداشت روانی،

حالت خاصی از روان است که سبب بهبود، رشد و کمال شخصیت انسان می‌شود و به فرد کمک می‌کند تا با خود و دیگران سازگاری داشته باشد<sup>[4]</sup>. ویسینگ و فوری، الگوی چندبعدی از سلامت روانی را مفهوم‌سازی کرده‌اند که شامل پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودپیرویی، غلبه بر محیط، هدفمندی در زندگی و رشد شخصی است<sup>[5]</sup>. سلامت روان با ویژگی‌های توانمندسازی درونی یا منابع درونی قدرتمند، ارتباط دارد. برخورداری از این منابع درونی توانایی فرد را با وجود شرایط ناگوار و پیشامدهای منفی، برای رشد سازگارانه افزایش می‌دهد تا سلامت روان خود را حفظ نماید<sup>[6]</sup>. در تحقیقی مشخص شد که میزان افسردگی و اضطراب در میان کارکنان پلیس به ترتیب ۸۰٪ و ۷۲٪ است<sup>[7]</sup>. در پژوهشی دیگر که به بررسی میزان شیوع افسردگی در کارکنان نظامی طائف (عربستان) پرداخته شده، شیوع افسردگی در کارکنان نظامی ۱۷٪ گزارش شده است<sup>[8]</sup>.

به منظور بهبود و ارتقای سلامت روان کارکنان نیروی انتظامی، مداخله‌های مختلفی ازجمله درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT: Acceptance and Commitment Therapy) به‌کار گرفته می‌شود. ACT ریشه در یک نظریه فلسفی به‌نام زمینه‌گرایی عمل‌کردی دارد و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود. ACT ۶ فرآیند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند. این ۶ فرآیند عبارت‌اند از: پذیرش، گسلس، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد<sup>[9]</sup>. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هدف اصلی، ایجاد انعطاف‌پذیری روانی به معنای ایجاد توانایی انتخاب عملی متناسب‌ترین گزینه میان گزینه‌های مختلف است<sup>[10]</sup>. در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات و غیره) افزایش و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به فرد آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی بی‌اثر است و به‌طور معکوس موجب تشدید آنها می‌شود<sup>[11]</sup>. در قدم 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)، به‌نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی یا داستان شخصی (مانند قربانی‌بودن)، که فرد در ذهن خود ساخته است. پنجم، کمک به فرد به منظور شناخت ارزش‌های اصلی خود به‌نحوی که به اهداف رفتاری خاصی تبدیل شوند (روشن‌سازی ارزش‌ها). درنهایت، ایجاد انگیزه به منظور عمل متعهدانه؛ یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی باشد. این تجارب ذهنی می‌تواند افکار افسرده‌کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث (تروما)، هراس‌ها یا ترس‌های اجتماعی و غیره باشند<sup>[11]</sup>.

در رویکرد پذیرش و تعهد، به‌جای حذف عوامل آسیب‌زا، بر پذیرش هیجانات کنترل‌شده مراجعان تمرکز می‌شود و به افراد کمک می‌کند از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلاتی برای آنها می‌شود، رهایی یافته و از کشمکش و منازعه با آنها دست بردارند<sup>[12]</sup>. در نتایج پژوهشی که با هدف بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر زنان معتاد زندانی انجام شده است، پس از ۱۶ جلسه مداخله، شاخص پرهیز از مواد در مدت ۶ ماه از ۲۷/۸٪ به ۴۳/۸٪ افزایش می‌یابد<sup>[13]</sup>. شارب در پژوهش مروری خود به این

اولیه به عمل آمد. سیاهه سلامت روان به منظور شناسایی آزمودنی‌های واجد ملاک‌های پژوهش میان افراد توزیع شد. در مرحله بعد بر اساس اهداف پژوهشی، افرادی که پایین‌ترین امتیاز را در سلامت روان به‌دست آورده بودند و ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، در ۲ گروه قرار گرفتند و سپس پیش‌آزمون برای کلیه شرکت‌کنندگان اجرا شد. در مرحله بعد، برای گروه آزمایش مداخله‌ای در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. از شرکت‌کنندگان در انتهای تمامی جلسات آموزشی بازخورد گرفته و تکلیف خانگی ارائه شد که این تکالیف خانگی در ابتدای جلسه بعدی مورد بررسی قرار می‌گرفت. به این صورت جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش، طراحی، تدوین و اجرا شد (جدول ۱).

جدول ۱) جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)

جلسه اول
آشنایی با اعضای گروه و انتظارات آنها، تعیین خط‌مشی گروه، ایجاد ارتباط با اعضا، توزیع سیاهه‌های پژوهش، توضیحاتی درمورد سلامت روان و کیفیت زندگی، توضیح مختصر روش درمانی
جلسه دوم
کمک به مراجع برای ارزیابی تجربیاتشان، ایجاد و توسعه کارآمدی به عنوان یک معیار، فراخوانی نامیدی خلاقانه، اجتناب از راهبردهای قدیمی و درخواست راهبردهای جدید
جلسه سوم
نمایش چگونگی ایجاد مشکل در کنترل، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آنها و عدم کنترل آنها با استفاده از تمثیل
جلسه چهارم
تضعیف آمیختگی میان خود و زبان آموزش آگاهی بدون قضاوت توضیح به مراجع که چطور زبان در پشت تجربیات قرار دارد، ایجاد تمایز بین تصاویر و بازنمایی‌ها از عملکرد
جلسه پنجم
تضعیف وابستگی به مفهوم خود، ایجاد و آگاهی از خودنظاره‌گر، تمایز میان خودمفهومی و خودنظاره‌گری
جلسه ششم
رسیدن به حد بالای آگاهی و پذیرش (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه) با استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی
جلسه هفتم
درک اهمیت زندگی مبتنی بر ارزش‌ها و بیان تفاوت میان ارزش‌ها، اهداف و نیازها، درک عملکرد ارزش‌ها در تولید یک زندگی سالم، روشن‌نمودن ارزش‌های مراجع
جلسه هشتم
درک کیفیت‌های پذیرش و تمایل به‌کارگرفته‌شده و انتخاب و درک ماهیت پذیرش و تعهد و پیوند این دو، بررسی موانع بر سر راه پذیرش و حل آنها

پس از اجرای مداخلات درمانی، ابعاد سلامت روان در ۲ گروه آزمایش و کنترل در ۲ مرحله پس‌آزمون و پیگیری نیز بررسی شد. به شرکت‌کنندگان یادآوری شد که اطلاعات مربوط به سیاهه‌ها محرمانه خواهد ماند و در اختیار کسی قرار نخواهد گرفت. در ضمن پژوهشگر دوره مقدماتی و پیشرفته درمان پذیرش و تعهد را زیر نظر متخصصان درمان پذیرش و تعهد گذرانده بود.

به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوریانس چندمتغیره با کمک نرم‌افزار SPSS 22 استفاده شد. پیش‌فرض‌های نرمال بودن و همگنی واریانس‌ها، قبل از انجام تحلیل کوریانس چندمتغیره با استفاده از آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف و لوین (به‌جز خرده‌مقیاس روان‌پیشی در مرحله پیگیری) بررسی و تأیید شدند.

### یافته‌ها

میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۲۷/۹۳±۴/۱۶ سال و در گروه کنترل ۲۶/۶۶±۳/۲۸ سال بود. ۱۰٪ از افراد گروه آزمایش

نتیجه دست‌یافته که درمان پذیرش و تعهد برای مفهوم‌سازی و درمان اختلالات اضطرابی مناسب است<sup>[14]</sup>. نتایج پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی ACT بر افرادی که به علت افسردگی در مرخصی طولانی‌مدت به سر می‌بردند، مشخص شده که گروه آزمایش در مقایسه با کنترل، بهبودی معناداری در افسردگی، سلامت عمومی و کیفیت زندگی به‌دست آورده‌اند<sup>[15]</sup>.

با توجه به اینکه نیروهای مسلح حافظ استقلال، امنیت و تمامیت ارضی کشور هستند، اقتدار کشور بدون توانمندی نیروهای نظامی میسر نخواهد شد. لذا توجه به مسائل تأثیرگذار در عملکرد بهینه ایشان، از جمله سلامت روانی، بسیار ضروری است. هدف این پژوهش نیز بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان کارکنان نیروی انتظامی بود.

### مواد و روش‌ها

این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل، در کلیه کارکنان نیروی انتظامی استان گلستان در سال ۹۵-۱۳۹۴ انجام شد. به منظور بررسی تداوم تأثیر مداخله، امتیازات آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل، یک ماه پس از مرحله پس‌آزمون، در مرحله پیگیری نیز بررسی شدند. معیارهای ورود به مطالعه، جنسیت مرد، دامنه سنی ۴۰-۲۰، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم تشخیص اختلالات روان‌شناختی یا شخصیت شدید بر اساس سیستم تشخیصی چندمحوری و معیارهای خروج از مطالعه نیز عدم شرکت مستمر در جلسات درمانی بود. با توجه به این‌که در پژوهش‌های آزمایشی و نیمه‌آزمایشی تعداد نمونه‌های پژوهش حداقل باید ۱۵ نفر باشد، برای افزایش اعتبار آزمون و با در نظر گرفتن احتمال ریزش، ۲۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در ۲ گروه ۳۰ نفره آزمایش و کنترل گمارده شدند.

برای گردآوری داده‌ها از سیاهه نشانه‌های اختلالات روانی استفاده شد.

**سیاهه نشانه‌های اختلالات روانی (SCL-90-R):** این سیاهه یک ابزار خودگزارش‌دهی ۹۰سئوالی است که فهرستی از علائم روانی که به‌وسیله تحقیقات روان‌سنجی بالینی به‌وجود آمده است را ارائه می‌دهد. این آزمون در مقیاس لیکرت ۵درجه‌ای در قالب گزینه‌های هیچ (صفر امتیاز)، کمی (یک امتیاز)، تا حدی (۲ امتیاز)، زیاد (۳ امتیاز) و به‌شدت (۴ امتیاز) است. این ابزار، ۹ بُعد علائم روان‌پزشکی (شکایات جسمانی، وسواس فکری و عملی، حساسیت میان‌فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری (خصوصت)، ترس مرضی، افکار بدبینانه و روان‌پریشی) را مورد بررسی قرار می‌دهد. علاوه بر ابعاد ۹گانه فوق، ۳ معیار کلی نیز در این آزمون گنجانده شده که شامل علائم مرضی (GSI)، معیار ضریب ناراحتی (PSDI) و جمع علائم مرضی (PST) است و نمره‌گذاری و تفسیر آزمون بر اساس ۳ شاخص کلی صورت می‌گیرد. اعتبار این سیاهه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۸ و با روش همبستگی پیرسون ۰/۸۲ گزارش شده است<sup>[17]</sup>. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای شکایت جسمانی ۰/۸۵، وسواس فکری و عملی ۰/۸۰، حساسیت بین‌فردی ۰/۸۸، افسردگی ۰/۹۲، ترس مرضی ۰/۷۹، افکار بدبینانه (پارانوییدی) ۰/۸۷، اضطراب ۰/۷۷، پرخاشگری ۰/۸۳ و روان‌پریشی ۰/۸۷ بود.

پس از نهایی‌سازی اهداف و انجام هماهنگی‌های اداری، به مراکز نیروی انتظامی استان گلستان مراجعه شد و از کلیه افراد کادر که مایل به شرکت در طرح بودند و نام‌نویسی کرده بودند، مصاحبه

در ۲ مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود. به عبارت دیگر، آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود سلامت روان کارکنان نیروی انتظامی گروه آزمایش شد. این نتایج با یافته‌های *کاوایانی* [18]، *کانترو* و همکاران [19]، *گریچ* و همکاران [20] و همچنین *خانجانی* و *مسجدی* [21] هم‌راستا است.

پذیرش و تعهد در تعدیل الگوهای رفتاری منفی و افکار خودکار کمک‌کننده است که این امر منجر به تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامت روان می‌شود [22]. پذیرش و تعهد با ترکیب سرزندگی و واضح‌دیدن تجربیات و همچنین پذیرش آنها می‌تواند تغییرات مثبتی در راستای سازگاری و سلامت روان ایجاد نماید [23].

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان می‌توان گفت که بر اساس این رویکرد درمانی، علت ایجاد مشکلات روانی، عدم تحمل افراد در تجربه هیجان‌ها، احساسات، افکار ناخوشایند و دردهای بدنی است. به همین دلیل با ایجاد کوچک‌ترین اثری از این تجارب درونی ناخوشایند، به هر طریقی سعی در برطرف کردن آن می‌کنند یا از قبل از ایجاد چنین شرایطی اجتناب می‌ورزند.

اجتناب از موقعیت‌های ایجادکننده احساسات و افکار ناخوشایند باعث محدودیت زندگی فرد می‌شود. برای مثال، فردی که در جمع مضطرب می‌شود، برای جلوگیری از ایجاد اضطراب، زندگی اجتماعی خویش را محدود می‌کند و روابط اجتماعی را به دلیل داشتن تجارب درونی ناخوشایند از دست می‌دهد. علاوه بر اجتناب، زمانی که افراد به‌طور ناخواسته احساسات و افکار ناخوشایند داشته باشند، شروع به انتقاد از خود کرده و خود را به دلیل داشتن این حالت سرزنش می‌کنند. این سرزنش خود باعث افزایش تجارب درونی ناخوشایند مانند اضطراب می‌شود. بخشی از آسیب‌شناسی بر اساس درمان‌های پذیرش، به این دلیل است که افراد مدام در گذشته و آینده زندگی می‌کنند و افکار ناخوشایند مربوط به گذشته را مرور می‌کنند یا از آینده‌ای که هنوز نیامده نگران و مضطرب هستند. در این شرایط فرد زندگی کنونی خود را از دست می‌دهد. با توجه به اینکه در این درمان، شرکت‌کنندگان ترغیب می‌شوند به افکار استرس‌زا به عنوان یک چالش نگاه کنند نه یک تهدید [24] و اصل بر پذیرش افکار است، با استفاده از امثال و تجارب قبلی فرد به او نشان داده می‌شود که هرگز در فرار از این تجارب درونی موفق نبوده است و بر پذیرش آن بدون قضاوت و داوری در مورد آنها تأکید می‌شود. همچنین به شرکت‌کنندگان آموزش داده می‌شود هرگاه افکار یا احساس منفی در آنها ایجاد شد قبل از پاسخ‌های استرس‌آمیز، به آنها اجازه دهند تا افکار به همان صورت در ذهنشان باقی بمانند، به‌علاوه الگوهایی برای آموزش مهارت‌های تمرکززدایی فراهم می‌کند و از تکنیک‌هایی برای پردازش اطلاعاتی که چرخه‌های فکر-خلق را تداوم می‌بخشد، استفاده می‌کند [25].

افراد می‌آموزند که با استفاده از فنون ذهن‌آگاهی چگونه در زمان حال زندگی کنند و ارتباط مناسب‌تری با تجارب درونی خود برقرار نمایند. در واقع با ترغیب افراد به تمرین مکرر توجه متمرکز بر محرک‌های خنثی بر جسم و ذهن، افراد را از اشتغال ذهنی با افکار استرس‌زا رها می‌کنند و موجب کاهش تنش فیزیولوژیک و رفتار تکانشی در فرد و در نتیجه احساس آرامش و بهبود سلامت روان می‌شود [26].

از محدودیت‌های این پژوهش عدم مقایسه با روش‌های درمانی دیگر و فقدان سیر درمانی اختصاصی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مشاغل نظامی با شرایط ویژه شغلی ایشان بود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی این موارد را مدنظر قرار دهند.

دارای مدرک دیپلم، ۴۰٪ کاردانی، ۴۰٪ کارشناسی و ۱۰٪ کارشناسی ارشد بودند. در گروه کنترل نیز ۶/۶۷٪ افراد دارای دیپلم، ۱۳/۳۳٪ کاردانی، ۴۰٪ کارشناسی و ۴۰٪ نیز کارشناسی ارشد بودند.

امتیاز پیش‌آزمون گروه آزمایش نسبت به پس‌آزمون، تفاوت معناداری داشت ( $p < 0.05$ ). دریافت مداخله درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۱۲/۸٪ بر امتیازات پس‌آزمون شکایت جسمانی آزمودنی‌ها، ۲۴/۳٪ بر وسواس، ۹/۱٪ بر حساسیت بین‌فردی، ۸/۲٪ بر افسردگی، ۱۱/۸٪ بر ترس مرضی و ۱۰/۲٪ بر روان‌پریشی تأثیر داشت ( $p < 0.001$ ). در خرده‌مقیاس‌های اضطراب، پرخاشگری و افکار بدبینانه، تفاوت میانگین‌ها معنادار نبود (جدول ۲).

جدول ۲) شاخص‌های توصیفی گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
<b>شکایت جسمانی</b>			
آزمایش	۱/۹۷±۰/۶۱	۱/۶۲±۰/۶۸	۱/۶۴±۰/۷۸
کنترل	۱/۵۴±۰/۶۵	۱/۵۳±۰/۶۴	۱/۹۷±۰/۶۱
<b>وسواس</b>			
آزمایش	۱/۳±۰/۶۲	۱/۰۹±۰/۶۴	۱/۱±۰/۷۰
کنترل	۱/۲۹±۰/۶۸	۱/۳۱±۰/۶۷	۱/۳۷±۰/۷۴
<b>حساسیت بین‌فردی</b>			
آزمایش	۱/۱۳±۰/۵۲	۰/۹۹±۰/۵۹	۰/۹۹±۰/۶۳
کنترل	۱/۰۴±۰/۵۳	۱/۰۳±۰/۵۲	۱/۱±۰/۶۰
<b>افسردگی</b>			
آزمایش	۱/۵۸±۰/۵۱	۱/۴۱±۰/۵۶	۱/۳۶±۰/۶۳
کنترل	۱/۵۶±۰/۵۴	۱/۵۵±۰/۴۸	۱/۵۹±۰/۵۵
<b>اضطراب</b>			
آزمایش	۱/۵۲±۰/۵۶	۱/۶۴±۰/۵۳	۱/۴۶±۰/۵۸
کنترل	۱/۳۶±۰/۵۵	۱/۳۶±۰/۵۶	۱/۴۴±۰/۶۴
<b>پرخاشگری</b>			
آزمایش	۱/۶۸±۰/۶۴	۱/۵۳±۰/۵۴	۱/۵۹±۰/۶۰
کنترل	۱/۵۳±۰/۵۷	۱/۴۷±۰/۵۹	۱/۴۷±۰/۵۹
<b>ترس مرضی</b>			
آزمایش	۱/۲۳±۰/۵۹	۱/۰۳±۰/۵۵	۱/۰±۰/۶۰
کنترل	۱/۲۶±۰/۶۰	۱/۲۵±۰/۵۵	۱/۲۹±۰/۵۵
<b>افکار بدبینانه</b>			
آزمایش	۱/۵۶±۰/۶۸	۱/۴۲±۰/۶۴	۱/۵±۰/۵۸
کنترل	۱/۶۱±۰/۶۰	۱/۵۵±۰/۶۰	۱/۵۶±۰/۶۱
<b>روان‌پریشی</b>			
آزمایش	۱/۰۴±۰/۵۶	۰/۹۵±۰/۵۳	۰/۹۸±۰/۵۴
کنترل	۱/۰±۰/۴۸	۱/۰±۰/۴۲	۱/۰±۰/۳۸

در هر دو گروه آزمایش و کنترل، بین نمرات مراحل پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ( $p < 0.05$ ). مداخله درمانی، ۹/۹٪ بر شکایت جسمانی، ۲۵/۲٪ بر وسواس، ۷/۲٪ بر حساسیت بین‌فردی، ۱۲/۴٪ بر افسردگی و ۱۰/۶٪ بر ترس مرضی تأثیر داشت ( $p < 0.001$ ). با کنترل رابطه امتیازات پیش‌آزمون و پیگیری، در خرده‌مقیاس‌های اضطراب، پرخاشگری، افکار بدبینانه و روان‌پریشی تفاوت میانگین‌ها معنادار نبود (جدول ۲).

## بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان کارکنان نیروی انتظامی استان گلستان انجام شد. نتایج نشان داد که تغییرات ایجادشده در ابعاد مختلف سلامت روان در گروه آزمایش نسبت به تغییرات ایجادشده در گروه کنترل

acceptance and commitment therapy. *Psychother Aust*. 2006;12(4):70-6.

12- Hayes SC. Stability and change in cognitive behavior therapy: Considering the implications of ACT and RFT. *J Ration Emot Cogn Behav Ther*. 2005;23(2):131-51.

13- Villagrà Lanza P, González Menéndez A. Acceptance and Commitment Therapy for drug abuse in incarcerated women. *Psicothema*. 2013;25(3):307-12.

14- Sharp K. A review of acceptance and commitment therapy with anxiety disorders. *Int J Psychol Psychol Ther*. 2012;12(3):359-72.

15- 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;19(4):583-94.

16- Derogatis LR, Cleary PA. Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *J Clin Psychol*. 1977;33(4):981-9.

17- Anisi J, Akbari F, Madjiam M, Atashkar M, Ghorbani Z. Standardization of mental disorders symptoms checklist 90 revised (SCL-90-R) in army staffs. *J Mil Psychol*. 2011;2(5):29-37. [Persian]

18- Kaviani H, Javaheri F, Bahiray H. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in reducing automatic thoughts, dysfunctional attitude, depression and anxiety: A sixty day follow-up. *Adv Cogn Sci*. 2005;7(1):49-59.

19- Kanter JW, Baruch DE, Gaynor ST. Acceptance and commitment therapy and behavioral activation for the treatment of depression: Description and comparison. *Behav Anal*. 2006;29(2):161-85.

20- Gregg JA, Callaghan GM, Hayes SC, Glenn-Lawson JL. Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2007;75(2):336-43.

21- Bahrainian A, Khanjani S, Masjedi Arani A. The efficacy of group acceptance and commitment therapy (ACT)-based training on burnout in nurses. *J Police Med*. 2016;5(2):143-52.

22- Junkin SE. Yoga and self-esteem: Exploring change in middle-aged women (dissertation). Saskatoon: University of Saskatchewan; 2007.

23- Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *J Personal Soc Psychol*. 2003;84(4):822-48.

24- Shapiro F, Forrest MS. EMDR: The breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress, and trauma. New York City: Basic Books; 2016.

25- Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(4):615-23.

26- Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clin Psychol Sci Pract*. 2003;10(2):144-56.

## نتیجه‌گیری

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب بهبود سلامت روان کارکنان نیروی انتظامی در ابعاد شکایت جسمانی، وسواس، حساسیت در روابط و ترس مرضی می‌شود.

**تشکر و قدردانی:** بدین وسیله از کلیه کارکنان نیروی انتظامی و دفتر تحقیقات ناجا استان گلستان به خاطر همکاری ارزشمند آنها در اجرای این پژوهش قدردانی می‌شود.

**سهم نویسندگان:** محمدتقی یازرلو (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/پژوهشگر اصلی/تحلیل‌گر آماری (۴۰٪)؛ مهرداد کلانتری (نویسنده دوم)، پژوهشگر کمکی/نگارنده بحث (۳۰٪)؛ حسین‌علی مهربانی (نویسنده سوم)، روش‌شناس/پژوهشگر کمکی (۳۰٪).  
**تأییدیه اخلاقی:** موردی از طرف نویسندگان گزارش نشده است.  
**تعارض منافع:** موردی از طرف نویسندگان گزارش نشده است.  
**منابع مالی:** موردی از طرف نویسندگان گزارش نشده است.

## منابع

1- Phusavat K, Comepa N, Sitko-Lutek A, Ooi KB. Interrelationships between intellectual capital and performance: Empirical examination. *Ind Manag Data Syst*. 2011;111(6):810-29.

2- Abedi LA, Mazruee H. Individual factors affecting military forces job satisfaction. *J Mil Med*. 2010;12(1):45-9. [Persian]

3- Iversen AC, van Staden L, Hughes JH, Browne T, Hull L, Hall J, et al. The prevalence of common mental disorders and PTSD in the UK military: Using data from a clinical interview-based study. *BMC Psychiatry*. 2009;9(1):68.

4- Mirkamali SM. Human relations in the school (7<sup>th</sup>). Tehran: Yastoroon; 2007. [Persian]

5- Wissing MP, Fourie A. Spirituality as a component of psychological well-being. *Int J Psychol*. 2000;35(3-4):65.

6- Jacelon CS. The trait and process of resilience. *J Adv Nurs*. 1997;25(1):123-9.

7- Salehi A, Ataee T, Asadi S, Hasanpoor E, Heydari L. Prevalence of Depression in Duty Personnel at (A) City Police Headquarters in 2012. *J Appl Environ Bio Sci*. 2015;5(5S):173-79.

8- Al-Amri M, Al-Amri MD. Prevalence of depression and associated factors among military personnel in the air base in Taif region. *Am J Res Commun*. 2013;1(12):21-45.

9- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 2006;44(1):1-25.

10- Forman EM, Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance based therapies. In: O'donohue WT, Fisher JE, editors. *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice*. Hoboken: Wiley; 2008. pp- 263-5.

11- Harris R. Embracing your demons: an overview of