DOI: 10.22122/jhsr.v13i4.3202 Published by Vesnu Publications

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و حرمت خود در زنان مبتلا به اختلال افسردگی عمده

مهتاب اکبرخواه گل سفیدی[1]، اکرم دهقانی[1]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: شیوع افسردگی در زنان به طور تقریبی دو برابر مردان می‌باشد؛ به طوری که پیش‌بینی شده تا سال ۲۰۲۰ افسردگی شایع‌ترین و پرهزینه‌ترین بیماری خواهد بود. بنابراین، هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و حرمت خود در زنان مبتلا به اختلال افسردگی عمده بود.

روش‌ها: پژوهش حاضر به صورت آزمایشی با طرح تک موردی انجام گرفت. جامعه شامل زنان مبتلا به اختلال افسردگی عمده و بستری در بیمارستان فارابی اصفهان بود. ۵ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. پس از سه هفته دارو درمانی، بیماران به مدت ده جلسه فردی تحت درمان قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه افسردگی Beck و حرمت خود Rozenberg بود. پیش از شروع مطالعه و در جلسات ششم و دهم، پرسش‌نامه‌ها تکمیل شد. بررسی در مرحله پیگیری هم پس از گذشت دو ماه انجام شد.جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار SPSS، روش‌های تحلیل روند، ترسیم نمودار و شاخص بهبودی بالینی استفاده شد.

یافته‌ها: نمره‌های افسردگی بیماران در مرحله پس‌آزمون (بهبودی ۸۴/۷۶ درصد) و پیگیری (بهبودی ۸۸/۲۴ درصد) کاهش و نمره‌های حرمت خود در مرحله پس‌آزمون (بهبودی ۶۳/۴۴ درصد) و پیگیری (بهبودی ۶۹/۱۸ درصد) افزایش یافت.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر تأثیر و کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر کاهش افسردگی و افزایش حرمت خود بیماران مبتلا به افسردگی عمده مورد تأیید قرار داد. همچنین، بیانگر این است که از این درمان برای بیماران مبتلا به افسردگی می‌توان استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: اختلال افسردگی عمده، حرمت خود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

ارجاع: اکبرخواه گل سفیدی مهتاب، دهقانی اکرم. **اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و حرمت خود در زنان مبتلا به اختلال افسردگی عمده.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۶؛ ۱۳ (۴): ۵۲۱-۵۱۵

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۳/۱۸ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۷/۱۶

مقدمه

زن، سرمایه‌ای پربار برای جامعه است و آسایش خانواده و جامعه به برکت وجود و طبیعت او تحقق می‌یابد. سازمان بهداشت جهانی، سلامت زنان را از شاخص‌های رشد یافتگی کشورها معرفی نموده است. مطابق با تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت سه بعد جسمانی، روانی و اجتماعی دارد و تغییر در هر یک از آن‌ها تأثیر بر سایر ابعاد خواهد داشت (۱). یکی از مهم‌ترین ابعاد سلامت، بعد روانی آن است که در صورت فقدان سلامت روانی اختلالات بسیاری برای فرد ایجاد خواهد شد. افسردگی (Depression) یک اختلال عاطفی است که با دگرگونی‌های خلق و هیجان مشخص می‌شود. این اختلال یک بیماری مزمن، عود کننده و به طور بالقوه تهدیدکننده زندگی است و با علایم نارضایتی، از دست دادن توان و علایق گذشته، اعتماد به نفس پایین، احساس غم و گناه، تغییر در اشتها و الگوی خواب همراه است. از این‌رو، بین اختلالات روان‌پزشکی دارای بالاترین شیوع طول عمر می‌باشد (۲). شیوع ۱۲ ماهه اختلال افسردگی اساسی در آمریکا حدود ۷ درصد برآورد شده است. زنان ۱/۵ تا ۳ برابر بیشتر از مردان دچار افسردگی می‌شوند (۳). افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی نه تنها از خلق نابهنجار رنج می‌برند، بلکه فرایندهای شناختی آن‌ها مثل توانایی تصمیم گیری، سوگیری‌های شناختی، قدرت برنامه‌ریزی، انجام تکالیف و بازداری شناختی نیز مختل می‌گردد. دیدگاه منفی نسبت به خود یکی از ویژگی‌های بارز اختلال افسردگی است و افراد مبتلا به افسردگی دارای دیدگاه منفی و بسیار بدبینانه نسبت به خود، محیط اطراف و آینده هستند (۴). همچنین، افکار افسرده‌وار برای محتوای مربوط به خود منفی‌تر است تا نسبت به محتوایی که به یک عامل بیرونی دلالت دارد. افراد افسرده در مقایسه با افراد غیر افسرده، دیدگاه منفی‌تری نسبت به خود در مقیاس‌های خود گزارش‌دهی نشان می‌دهند. آن‌ها پیش بینی‌های منفی تری درباره آینده خود دارند و با تفکر و خلق منفی تری به انعکاس خود می‌پردازند (۵). این دیدگاه منفی نسبت به خود در افراد افسرده باعث ایجاد حرمت خود (Self-Esteem) پایین در فرد خواهد شد. حرمت به خود مقدار ارزشی است که فرد به خود نسبت می‌دهد و انعکاسی است از این‌که دیگران چه نظری نسبت به فرد دارند (۶). حرمت به خود، در ارتباط با احساس فرد نسبت به ارزشمندی و تأیید او نسبت به خودش می‌باشد (۷). حرمت خود، یکی از عوامل تعیین کننده رفتار انسان‌ها در نظر گرفته شده است؛ به طوری که برداشت و قضاوتی که افراد از خود دارند، تعیین کننده چگونگی برخورد آن‌ها با مسایل مختلف است (۸). افراد افسرده، حرمت خود پایین‌تری دارند و برای توصیف خود بیشتر از واژگان منفی استفاده می‌کنند (۹). مقاومت در مقابله با ناملایمات ندارند و بیشتر تمایل به اجتناب از مشکلات دارند تا این‌که با آن‌ها

۱- گروه روانشناسی بالینی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

نویسنده مسؤول: اکرم دهقانی

Email: dehghani2016@phu.iaun.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22122/jhsr.v13i4.3202]

روبه‌رو شوند. به طور کلی، ویژگی‌های منفی بیش از ویژگی‌های مثبت در آن‌ها مشاهده می‌شود. افرادی که به فکر و ارزش‌های خود اعتماد واقعی دارند، نسبت به خود احساس امنیت خواهند داشت و خواستار تجربه همه چیز هستند. بنابراین، واکنش آن‌ها متناسب با چالش و موقعیتی است که با آن روبه‌رو می‌شوند. حرمت به خود، قدرت، انرژی و انگیزه به فرد می‌بخشد و به او اجازه می‌دهد تا از موقعیت‌ها لذت ببرد و نسبت به آن‌ها احساس غرور داشته باشد و در نهایت، رضایت خاطر را تجربه کند. فردی با حرمت به خود پایین، به دنبال ارضای هدف‌های ثابت و بدون چالش خواهد بود که خود عاملی برای ضعیف‌تر شدن حرمت به خود است (۱۰).

در رابطه با اختلالات افسردگی و مشکلات همراه با آن‌ها، علاوه بر درمان‌های دارویی، درمان‌های روانشناختی متعددی نیز در طول سال‌های متوالی ابداع شده است. یکی از مهم‌ترین این درمان‌ها که هدف اصلی آن ایجاد پذیرش و هدفمندی در زندگی است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد. در این نوع درمان تلاش می‌شود که به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و نه تمرکز صرف بر بازسازی‌های شناختی است. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی خواهد بود. یعنی ایجاد توانایی عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر است، نه این‌که عملی فقط جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز باشد. در این درمان به فرد کمک می‌شود تا پذیرش روانی‌اش در مورد تجارب ذهنی افزایش یابد؛ به طوری که دست از بازداری فکر بردارد، با افکار مزاحم آمیخته نشود، هیجانات نامطبوع را بیشتر تحمل کند، اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد، به جای تلاش برای کاهش تعارضات و کار بر روی عناصر تعارضی، بر ایجاد سازگاری و یا به جای آموزش شیوه‌های سازش با جنبه‌های طاقت‌فرسا، بر روی کشف ارزش‌های فرد، تمرکز شود (۱۱). همچنین، به بیمار آموزش داده می‌شود که هر گونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود. بنابراین، باید این تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به طور کامل پذیرفت. در قدم دوم، بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود. یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی خواهد یافت. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرد را تشویق می‌کند تا با ارزش‌های واقعی زندگی خود پیوند یابد و مجذوب آن‌ها گردد. در مرحله سوم، به فرد آموزش داده می‌شود که خود را از تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی)؛ به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. مرحله چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی یا داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. مرحله پنجم، کمک به فرد تا پی به ارزش‌های شخصی اصلی خود ببرد و ششم، عمل متعهدانه به آن ارزش‌ها داشته باشد (۱۲). به طور کلی، طبق توصیفات ذکر شده، ACT یک رویکرد درمانی است که از فرایندهای پذیرش، تمرکز ذهنی، تعهد و فرایندهای تغییر رفتار (پذیرفتن آن‌چه خارج از کنترل شخص است و تعهد به عملی که زندگی را غنی می‌سازد)، به منظور ایجاد انعطاف‌پذیری روانی استفاده می‌کند. تحقیقات متعددی به اثربخشی درمان‌های مختلف بر افسردگی و حرمت خود پرداخته است، اما اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و به خصوص بر حرمت خود بیماران مبتلا به افسردگی عمده و بستری در بیمارستان مورد بررسی قرار نگرفته است (۲۰-۱۳). از آن‌جا که زنان در معرض ابتلای بالاتر به افسردگی هستند و با توجه به حجم نمونه در مطالعات تک موردی، فقط زنان در پژوهش حاضر مورد مطالعه قرار گرفتند. بنابراین، هدف از انجام مطالعه حاضر، تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و حرمت خود در زنان مبتلا به اختلال افسردگی عمده و بستری در بیمارستان بود.

روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح تک موردی بود. جامعه آماری را کلیه زنان مبتلا به اختلال افسردگی عمده در سال ۱۳۹۵ تشکیل دادند. به منظور تعیین نمونه، از بین بیماران بستری در بیمارستان فارابی اصفهان ۵ نفر به طور کامل تصادفی و بر اساس معیارهای ورود (زن، متأهل، حداقل تحصیلات دیپلم و سنین ۳۰ تا ۵۰ سال) انتخاب شدند. در طرح‌های تک موردی تعداد نمونه از ۲ تا ۵ نفر پیشنهاد شده است (۲۱). هدف از انجام پژوهش‌های تک موردی افزایش دقت در اطلاعات کسب شده از بیماران می‌باشد. بیماران پس از آگاه شدن از محرمانه ماندن اطلاعاتشان، پرسش‌نامه‌ها را تکمیل نمودند. پس از سه هفته دارو درمانی، گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه و به صورت فردی تحت درمان قرار گرفت. بیمارانی که در حین درمان از بیمارستان ترخیص شدند، برای تداوم و خاتمه درمان به بخش مشاوره بیمارستان مراجعه کردند. هر ۵ بیمار جلسات درمانی را به طور کامل تکمیل نمودند و ریزشی وجود نداشت. همچنین، در جلسات ششم و دهم، پرسش‌نامه‌ها بر روی همه آزمودنی‌ها اجرا شد. مرحله پیگیری پس از گذشت دو ماه از پایان مداخله انجام گردید. ملاک‌های خروج، عدم رضایت آگاهانه از شرکت در جلسات درمانی و غیبت بیش از دو جلسه در درمان بود. تجزیه و تحلیل اطلاعات با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ (version 20, IBM Corporation, Armonk, NY) انجام و با استفاده از روش‌های توصیفی تحلیل روند، ترسیم نمودار و شاخص بهبودی بالینی انجام شد. شرح مختصری از موضوعات جلسات درمانی بر طبق پروتکل Hayes در زیر ارایه شده است (۱۲):

جلسه اول: انجام پیش‌آزمون و توضیح در مورد درمان با استفاده از استعاره دو کوه.

جلسه دوم: استخراج شیوه‌های کنترلی بیماران. توضیح اجتناب تجربه‌ایی و سوق دادن بیماران به طرف پذیرش (با تکنیک درماندگی خلاق) با استفاده از استعاره‌های کیک شکلاتی، طناب‌کشی با غول، چاه و بیلچه.

جلسه سوم: به بیماران توضیح داده شد که مهم‌ترین مسأله کنترل است و نشان داده شد که چگونه تلاش برای کنترل چنین افکاری به جای این‌که راه حل باشد، مسأله است. هدف تمرینات این جلسات تصریح محدودیت‌های کنترل، هنگام هدف قرار دادن رویدادهای درونی بود.

جلسه چهارم: مراجعان آموزش دیدند که پذیرش به طور حتم افکار آزار دهنده را کاهش نمی‌دهد، اما اجتناب به طور قطعی آن را افزایش می‌دهد. بنابراین، پذیرش اجازه خواهد داد تا فکرها و احساسات همان گونه که هست تجربه شود؛ در حالی که تلاش برای کنترل می‌تواند اثرات متناقضی داشته باشد و فراوانی، شدت و ظرفیت ذهن را افزایش دهد.

جلسه پنجم: به مراجعان کمک شد که صدای ذهن خود را به طور کامل

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]
[DOI: 10.22122/jhsr.v13i4.3202]

بشنوند. دستورات ذهن به صورت استعاره مادر و کودک برای مراجعان توضیح داده شد و به آن‌ها یادآوری شد که این دستورات می‌تواند به صورت فکر، احساس، امیال، علایم بدنی و خاطرات باشد و باید آن‌ها را خوب ببینند. در جلسه فوق، به آزمودنی‌ها گفته شد که مشکل اصلی آن‌ها این بود که خود و ذهنشان را یکی می‌دانستند و تفاوتی بین این دو قایل نبودند.

جلسه ششم و هفتم: تصریح ارزش‌های مراجعان انجام شد. استعاره‌های مورد استفاده جزیره، صندلی مادر بزرگ و سنگ قبر بود. شیوه هدف گذاری برای رسیدن به هر ارزش نیز با مراجعان بررسی شد.

جلسه هشتم: ذهن آگاهی و زندگی در زمان حال با استفاده از استعاره کشمکش آموزش داده شد. همچنین، اهداف و ارزش‌های تعیین شده در جلسه قبل نیز مورد بررسی قرار گرفت.

جلسه نهم: تمرین خود مشاهده‌گر، با استفاده از استعاره صفحه شطرنج آموزش داده شد و به مراجعان کمک شد که بتوانند مشاهده‌گر رویدادهای ذهنی خود باشند و قضاوتی در مورد آن‌ها نکنند. همچنین، اهداف و ارزش‌های مشخص شده در جلسه قبل و زندگی در زمان حال مراجعان مورد بررسی قرار گرفت.

جلسه دهم: نتیجه‌گیری کلی برای برطرف کردن ایرادات مربوط به آموزش‌های قبلی و در نهایت، پس‌آزمون انجام شد.

ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر به شرح زیر بود:

پرسش‌نامه افسردگی Beck: برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط Beck و همکاران تدوین شد. آزمون فوق یکی از معتبرترین آزمون‌های تشخیصی افسردگی بوده و شامل ۲۱ ماده است که علایم جسمانی، شناختی و هیجانی افسردگی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. ثبات درونی به طور میانگین ۰/۸۶ و ضریب Cronbach's alpha برای گروه بیمار ۰/۸۶ و گروه غیر بیمار ۰/۷۱ گزارش شده است (۴). در ایران نیز ضریب Cronbach's alpha ۰/۹۲ گزارش شده است (۲۲).

پرسش‌نامه حرمت خود Rozenberg: توسط Rozenberg طراحی شد که یک مقیاس ۱۰ سؤالی مبتنی بر روش خود گزارش‌دهی است. هر گزاره دارای چهار گویه در طیف لیکرت می‌باشد. ضریب اعتبار درونی ۰/۸۴ در نظر گرفته شده است (۲۳). روایی همزمان پرسش‌نامه فوق نیز با به کارگیری مقیاس حرمت خود Coopersmith همبستگی مثبت معنی‌دار ۰/۶۱ را نشان داد (۲۴).

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت شناختی افراد نمونه به تفکیک گروه آزمایش و شاهد در جدول ۱ ارایه شده است.

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

آزمودنی	سن	تحصیلات	وضعیت اقتصادی (گروه آزمایش)	مدت ازدواج
اول	۳۰	لیسانس	خوب	۲
دوم	۳۳	فوق لیسانس	عالی	۳
سوم	۳۱	فوق لیسانس	خوب	۴
چهارم	۴۶	دیپلم	خوب	۱
پنجم	۳۹	فوق دیپلم	متوسط	۳

طبق نتایج جدول ۱، در گروه مورد مطالعه تمامی افراد شرکت کننده متأهل، از ۳۰ سال به بالا، دارای وضعیت اقتصادی متوسط به بالا و دارای حداقل تحصیلات دیپلم بودند.

بر اساس یافته‌های جدول ۲، نمره‌های افسردگی هر پنج بیمار با داشتن نوساناتی، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است. میزان درصد بهبودی کلی پس از مرحله پیگیری ۸۸/۲۴ حاصل شد. همچنین، نمره‌های حرمت خود هر پنج بیمار با داشتن نوساناتی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری افزایش پیدا کرده است. میزان درصد بهبودی کلی پس از مرحله پیگیری در حرمت خود ۶۹/۱۸ به دست آمد.

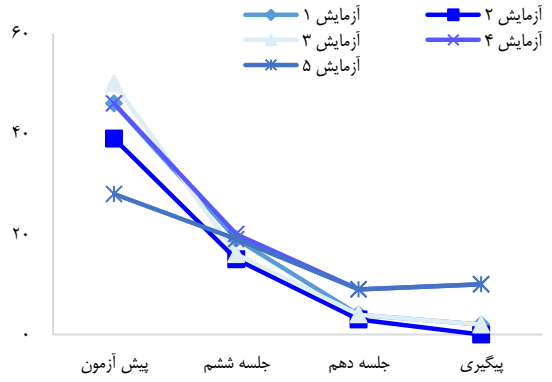
جدول ۲. روند تغییر نمرات افسردگی و حرمت خود در افراد گروه مورد مطالعه

مراحل درمان	نمرات افسردگی					نمرات حرمت خود				
	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم
پیش‌آزمون (خط پایه)	۴۶/۰	۳۹/۰	۵۰/۰	۴۶/۰	۲۸/۰	۲۰/۰	۲۵	۱۷/۰	۱۷/۰	۲۴/۰
جلسه ششم	۱۹/۰	۱۵/۰	۱۶/۰	۲۰/۰	۱۶/۰	۳۰/۰	۲۹	۲۹/۰	۲۹/۰	۲۶/۰
جلسه دهم	۴/۰	۳/۰	۴/۰	۹/۰	۹/۰	۳۲/۰	۳۶	۳۴/۰	۳۲/۰	۳۰/۰
میانگین مراحل درمان	۲۳/۰	۱۹/۰	۲۳/۳	۲۵/۰	۱۷/۶	۲۷/۳	۳۰	۲۶/۶	۲۶/۰	۲۶/۶
درصد بهبودی پس از مراحل درمان	۹۱/۳	۹۲/۳	۹۲/۰	۸۰/۴	۶۷/۸	۶۰/۰	۴۴	۱۰۰	۸۸/۲	۲۵/۰
درصد بهبودی کلی پس از درمان			۸۴/۷۶					۶۳/۴۴		
پیگیری	۲/۰	۰	۲/۰	۱۰/۰	۸/۰	۳۵/۰	۳۹	۳۴/۰	۳۳/۰	۲۹/۰
درصد بهبودی پس از پیگیری	۹۵/۶	۱۰۰	۹۶/۰	۷۸/۲	۷۱/۴	۷۵/۰	۵۶	۱۰۰	۹۴/۱	۲۰/۸
درصد بهبودی کلی پس از پیگیری			۸۸/۲۴					۶۹/۱۸		

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]

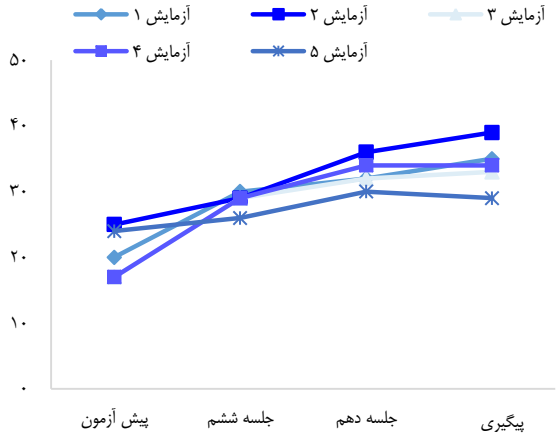
[DOI: 10.22122/jhsr.v13i4.3202]

شکل ۱ نشان می‌دهد که بر اساس شیب نمودار در مراحل پیش‌آزمون، مراحل درمان و پیگیری، میانگین و سطح نمره‌های افسردگی هر پنج بیمار در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش پیدا کرده است.



شکل ۱. روند تغییر میانگین نمره‌های افسردگی در پنج بیمار تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

شکل ۲ نشان می‌دهد که بر اساس شیب نمودار در مراحل پیش‌آزمون، مراحل درمان و پیگیری، میانگین و سطح نمره‌های حرمت خود هر پنج بیمار در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش یافته است.



شکل ۲. روند تغییر میانگین نمره‌های حرمت خود در پنج بیمار تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و حرمت خود زنان مبتلا به افسردگی عمده و بستری در بیمارستان بود. بر اساس یافته‌های به دست آمده، نمره‌های افسردگی هر پنج بیمار با داشتن نوساناتی، در مرحله پس‌آزمون و در نهایت، در مرحله پیگیری کاهش یافت. نتایج به دست آمده همسو با سایر مطالعات بود(۲۶، ۲۵، ۱۹، ۱۷، ۱۶). در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت که افراد مبتلا به اختلال افسردگی اغلب عدم زندگی موافق با ارزش‌ها را گزارش می‌کنند و خواستار اجتناب از موقعیت‌های خاص هستند تا احتمال وقوع افکار ناراحت کننده کاهش یابد. درمان به افراد کمک می‌کند تا رابطه خود با تجارب مشکل آفرین درونی را عوض و در همان حال، رفتار خود را تغییر دهند، نه این‌که منتظر باشند تا آن افکار یا احساسات مشکل‌آفرین خودبه‌خود از بین بروند. اکت تلاش می‌کند تا به بیماران آموزش دهد که رویکرد اساسی‌تر و عمیق‌تر همراه با روشی متفاوت به افکار ناراحت کننده داشته باشند. پذیرش جایگزینی برای اجتناب تجربه‌ای است. هدف پذیرش آن است که باعث شود تا فرد هر آن‌چه تجارب درونی یعنی افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی ارایه می‌دهد را بدون نیاز به دفاع در برابر آن‌ها بپذیرد. در حقیقت مداخلات مبتنی بر پذیرش می‌خواهد مراجع تمرکزش را از تغییر و کاهش نشانه به داشتن یک زندگی ارزشمند تغییر دهد. بنابراین، به بیماران مبتلا به افسردگی آموزش داده می‌شود که احساسات رنج‌آور خود را مثل یک احساس به طور کامل و بدون حالت تدافعی تجربه کنند و شرکت کنندگان در جلسات پژوهش حاضر بعد از یادگیری پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، بودن در زمان حال و پرداختن به ارزش‌ها همراه با تعهد توانستند در نهایت، افسردگی خود را کاهش دهند.

همچنین، یافته‌ها حاکی از آن بود که نمره‌های حرمت خود هر پنج بیمار با داشتن نوساناتی، در مرحله پس‌آزمون و در نهایت، در مرحله پیگیری افزایش یافته است. در این‌جا لازم به ذکر است که پژوهشی در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی حرمت خود یافت نشد، اما نتایج سایر مطالعات همسو با پژوهش حاضر بود. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت که پذیرش و تعهد درمانی از طریق راهبردهای شناختی و هیجانی موجب تصحیح، کاهش تصویر بی‌کفایتی نسبت به خود و نگرش منفی از زندگی شده و متعاقب آن باعث ایجاد تصویر مثبت در مورد خود و زندگی در افراد خواهد شد. در واقع، افکار مزاحم خارج از حیطه ارزش‌های فرد تلقی می‌شود، بدین معنی که فکر، تصویر ذهنی یا تکانه‌ای نیست که فرد از خودش انتظار دارد، بلکه افکار افسرده‌وار دیدگاه فرد را نسبت به خودش، تهدید می‌کند. چنین افکاری، به گونه‌ای در ذهن فرد تجربه می‌شود که گویی مانند اعمال او، واقعیت دارد. به دنبال آن کوشش می‌شود که این افکار حذف شود یا مورد اجتناب قرار می‌گیرد. اکت درباره غلبه بر درد یا مبارزه با افکار و هیجان‌ها نیست، بلکه درباره پذیرفتن زندگی و تجربه هر آن چیزی است که زندگی عرضه می‌کند، چه مثبت باشد مانند شادی و چه چالش‌هایی مانند ترس، رنج و ناراحتی را در برگیرد. اکت به فرد کمک می‌کند که بتواند زندگی‌ای را که بیش از همه دوست دارد، در پیش گیرد. بنابراین، اکت رویکردی جدید به خود، یعنی حسی متعالی از خود را ایجاد و تقویت می‌کند. خود به عنوان زمینه مهم است، چون از این نظرگاه فرد می‌تواند از جویبار تجربه‌های خود آگاهی پیدا کند، بدون آن‌که به آن‌ها وابسته یا درون تجربه خاصی غرق شود. خود به عنوان زمینه در اکت از طریق تمرین‌های توجه، آگاهی، استعاره‌ها و فرایندهای تجربه‌ای پرورش می‌یابد. تکنیک‌های فوق در جلسات پژوهش حاضر به شرکت کنندگان کمک کرد به خود به عنوان زمینه دست پیدا کرده و از آن استفاده کنند. چنین فضایی آن‌ها را در موقعیتی قرار داد که توانستند مشاهده‌گر تجربه‌های درونی خود بدون چالش و مبارزه باشند. در جلسات پژوهش حاضر تلاش شد تا از طریق کمک به درمان‌جو برای تعریف و مشخص کردن ارزش‌های اساسی زندگی‌اش، اهداف مرتبط با آن ارزش‌ها را بشناسد و بداند که سرزندگی از طریق جستجوی نتایج ارزشمند حاصل می‌شود، نه به وسیله رسیدن به آن نتایج، چون بعضی ارزش‌ها

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]
[DOI: 10.22122/jhsr.v13i4.3202]

قابل دسترسی نیست و تنها می‌توان در جهت آن‌ها بـه پـیش رفـت. در نهایـت، اکت مراجع را به تدوین الگوهای بزرگتر و بزرگتری از اقدام مؤثر تشویق می‌کند که با ارزش‌های منتخب او در ارتباط است. بنـابرین، اگـر بیمـار افسـرده در ایـن مسیر قرار گیرد، اعتماد بـه نفـس بـالاتر، احسـاس لـذت بیشـتر و حرمـت خـود بالاتری را تجربه می‌کند.

انجام تحقیق حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود کـه هنگـام تفسـیر نتـایج باید مد نظر قرار گیرد. پژوهش جاری برای زنـان مبـتلا بـه اخـتلال افسـردگی عمده در شهر اصفهان انجام شد. از ایـن‌رو، بایسـتی در تعمـیم نتـایج بـه سـایر گروه‌ها و شهرها جانب احتیاط را رعایت نمود. همچنـین، افـراد پـژوهش حاضـر مبتلا به اختلال همبود دیگری نبودند، دارای سطح سواد بالاتر از دیپلم و متأهل بودند. از این‌رو، در تعمیم نتایج به دیگر زنـان افسـرده لازم بـه رعایـت جوانـب احتیاط است. البته، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده هر دو زوج بـا هـم در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کنند تا تأثیر این آموزش‌ها به صورت کامل بررسی شود و از آن‌جا که نتایج پـژوهش حاضـر در زمینـه حرمـت خود مطلوب بود، استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در برنامه‌های درمانی سایر بیماری‌های مزمن که با کاهش حرمت خود دست و پنجـه نـرم مـی‌کننـد، توصیه می‌گردد.

نتیجه‌گیری

به طور کلی، نتایج پژوهش حاضر بیانگر اثربخشی درمـان مبتنـی بـر پـذیرش و تعهد را بر کـاهش افسـردگی و افـزایش حرمـت خـود زنـان مبـتلا بـه اخـتلال افسردگی عمده است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که از این درمان بـرای بیمـاران بستری در بیمارسـتان بـا اخـتلال MDD (Major depressive disorder) استفاده گردد.

تشکر و قدردانی

مطالعـه حاضـر برگرفتـه از پایـان‌نامـه کارشناسـی ارشـد روانشناسـی بـالینی بـا کـد ۱۵۰۲۰۷۰۱۹۵۱۰۱۲ مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحـد نجـف آبـاد مـی‌باشـد. بـدین وسیله، نویسندگان از همکاری کارکنان و بیماران محترم بیمارستان فارابی اصفهان کـه در جمع‌آوری داده‌ها همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

References

1. Sadeghian J, Roudsari DM, Seyedfatemi N, Rafiei H. Body-image disturbance: A comparative study among haemodialysis and kidney transplant patients. J Clin Diagn Res 2016; 10(5): OC14-OC16.
2. Saduk VA, Saduk BJ. Psychiatric summary of behavioral sciences/ psychiatry. Trans. Ganji M. Tehran, Iran: Savalan Publications; 2015. [In Persian].
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). Trans. Rezayi F, Fakhraei SA, Fermand A, Niloufari A, Hashemi Azar J, Shamloo F. Tehran, Iran: Arjmand Publications; 2014. [In Persian].
4. Beck JS. Cognitive behavior therapy: Basics and Beyond. New York, NY: Guilford Press; 2011.
5. Wisco BE. Depressive cognition: Self-reference and depth of processing. Clin Psychol Rev 2009; 29(4): 382-92.
6. Sanford K. Communication during marital conflict: When couples alter their appraisal, they change their behavior. J Fam Psychol 2006; 20(2): 256-65.
7. Blascovich T, Tomaka J. Measures of self-esteem. In: Robinson JP, Shaver PR, Wrightsman LS, Editors. Measures of personality and social psychological Attitudes. Houston, TX: Gulf Professional Publishing; 1991. p. 465-78.
8. Smith ER, Mackie DM, Claypool HM. Social psychology. New York, NY: Psychology Press; 2014.
9. Roberts SB, Kendler KS. Neuroticism and self-esteem as indices of the vulnerability to major depression in women. Psychol Med 1999; 29(5): 1101-9.
10. Branden N. The psychology of self-esteem: A revolutionary approach to self-understanding that launched a new era in modern psychology. New York, NY: Wiley; 2001.
11. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, Bissett BT, Pistorello J, Toarmino D. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. Psychol Rec 2004; 54(4): 553-78.
12. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behav Ther 2004; 35(4): 639-65.
13. Asadi S, Gholizadeh Z. The effectiveness of cognitive behavior therapy on self-concept in women with breast cancer. American Journal of Life Science Researches 2016; 4(2): 33-6.
14. Zare' Bahramabadi M, Nazari T. Effectiveness of group cognitive therapy on self efficacy and depression in women who head family. Clinical Psychology Studies 2014; 4(14): 83-98. [In Persian].
15. Zettle RD. Acceptance and commitment therapy for depression. Curr Opin Psychol 2015; 2(Supplement C): 65-9.
16. Beltman MW, Voshaar RC, Speckens AE. Cognitive-behavioural therapy for depression in people with a somatic disease: Meta-analysis of randomised controlled trials. Br J Psychiatry 2010; 197(1): 11-9.
17. Richardson T, Stallard P, Velleman S. Computerised cognitive behavioural therapy for the prevention and treatment of depression and anxiety in children and adolescents: A systematic review. Clin Child Fam Psychol Rev 2010; 13(3): 275-90.
18. Cappeliez P. Presentation of depression and response to group cognitive therapy with older patients. Journal of Clinical Geropsychology 2000; 6(3): 165-74.
19. Hamidi P, Dehghani A. The effect of the treatment based on acceptance and Commitment on depression and parenting style among married women with depression. Proceedings of the 2nd National Conference on Psychology and Social Science; 2016 June 9; Tehran, Iran.
20. Peterson BD, Eifert GH. Using acceptance and commitment therapy to treat infertility stress. Cogn Behav Pract 2011; 18(4): 577-87.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22122/jhsr.v13i4.3202]

21. Oreizy HR, Farahani HA. Applied research methods in counseling and clinical psychology. Tehran, Iran: Danjeh Publication; 2009. p. 202-3. [In Persian].
22. Ahadi H, Mehryar AH, Nafisi G, Nikoufar A, Jahaniyan S. A comparative study of coping strategies with stress and depression in cancer patients. Thought and Behavior in Clinical Psychology 2011; 6(21): 35-42. [In Persian].
23. Mohammadi N. The preliminary study of validity and reliability of Rosenberg's self-esteem scale. Developmental Pscychology 2005; 1(4): 313-43. [In Persian].
24. Mahdavi A, Aghaei M, Aminnasab V, Tavakoli Z, Besharat M, Abedin M. The effectiveness of acceptance-commitment therapy (ACT) on perceived stress, symptoms of depression, and marital satisfaction in women with breast cancer. J Breast Cancer 2017; 4(1): 16-23.
25. Petts RA, Duenas JA, Gaynor ST. Acceptance and commitment therapy for adolescent depression: Application with a diverse and predominantly socioeconomically disadvantaged sample. J Contextual Behav Sci 2017; 6(2): 134-44.
26. Hallis L, Cameli L, Dionne F, Knäuper B. Combining cognitive therapy with acceptance and commitment therapy for depression: A manualized group therapy. J Psychother Integr 2016; 26(2): 186-201.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22122/jhsr.v13i4.3202]

DOI: *10.22122/jhsr.v13i4.3202* *Published by Vesnu Publications*

Journal of Health System Research Received: 08.06.2017

Vol. 13, No. 4, Winter 2018 Accepted: 08.10.2017

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Depression and Self Esteem in Women with Major Depression Disorder

Mahtab Akbarkhah-Golsefidi[1], Akram Dehgani[1]

Original Article

Abstract

Background: The prevalence of depression in women is almost twice that of men, and it is anticipated that in 2020, depression will be the most common and costly disease. Therefore, the purpose of this research was to determinate the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on depression and self-esteem in women with major depressive disorder (MDD) in Isfahan City, Iran.

Methods: This was an experimental study with a single case design. Among the women hospitalized in Farabi hospital due to major depressive disorder, 5 were chosen via random sampling. After three weeks of medication therapy, the patients individually received 10 sessions of acceptance and commitment therapy. Data collection tools were Beck depression questionnaire and Rosenberg self-esteem questionnaire. At the beginning of the study, and at the sixth and tenth sessions, questionnaires were completed for all the patients. The follow-up stage was done after two months from the end of the intervention. To analyze the data, descriptive method of process analysis, drawing diagrams, and clinical improvement index were used.

Findings: The level of depression among five patients decrease at posttest (amelioration of 84.76%) and follow-up (amelioration of 88.24%) stages. Besides, self-esteem score increased at posttest (amelioration of 63.44%) and follow-up (amelioration of 69.18%) stages.

Conclusion: The research findings demonstrated the effectiveness of acceptance and commitment therapy on decreasing depression and increasing self esteem in major depression disorder. It seems that acceptance and commitment therapy can be used as a treatment in patients with major depressive disorder.

Keywords: Major depressive disorder, Self esteem, Acceptance and commitment therapy

Citation: Akbarkhah-Golsefidi M, Dehgani A. **The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Depression and Self-steem in Women with Major Depression Disorder.** J Health Syst Res 2018; 13(4): 515-21.

1- Department of Clinical Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran
Corresponding Author: Akram Dehgani, Email: dehghani2016@phu.iaun.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22122/jhsr.v13i4.3202]