

## اثریخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و حرمت خود در زنان مبتلا به اختلال افسردگی عمدہ

مهتاب اکبرخواه کل سفیدی<sup>۱</sup>، اکرم دهقانی<sup>۱</sup>

### 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، تبیین اثریخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و حرمت خود در زنان مبتلا به اختلال افسردگی عمدہ بود.

**روش‌ها:** پژوهش حاضر به صورت آزمایشی با طرح نک مردمی انجام گرفت. جامعه شامل زنان مبتلا به اختلال افسردگی عمدہ و بستربنی 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 جمع آوری داده‌ها پرسشنامه افسردگی Beck و حرمت خود Rosenberg 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 پس آزمون (بهبودی ۸۴/۷۶ درصد) و پیگیری (بهبودی ۸۸/۲۴ درصد) کاهش و نمره‌های حرمت خود در مرحله پس آزمون (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 عمدہ مورد تأیید قرار داد. همچنین، بین‌گرایی این است که ازین درمان برای بیماران مبتلا به افسردگی می‌توان استفاده نمود.

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

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

پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۷/۱۶

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۳/۱۸

#### مقدمه

زن، سرمایه‌ای پریار 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 یافتنگی 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 ناراضیتی، 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 برایر بیشتر از مردان دچار افسردگی می‌شوند (۳). افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی نه تنها از خلق ناچنگار رنج می‌برند، بلکه فرایندهای شناختی آن‌ها مثل توانایی تصمیم‌گیری، سوگیری‌های شناختی، قدرت برنامه‌ریزی، انجام تکالیف و بازداری

۱- گروه روانشناسی بالینی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران  
نویسنده مسؤول: اکرم دهقانی

Email: dehghani2016@phu.iaun.ac.ir

حرمت خود بیماران مبتلا به افسردگی عدده و بستری در بیمارستان مورد بررسی قرار نگرفته است (۱۳-۲۰). از آن جا که زنان در معرض ابتلای بالاتر به افسردگی هستند و با توجه به حجم نمونه در مطالعات تک موردي، فقط زنان در پژوهش حاضر مورد مطالعه 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 عدده و بستری در بیمارستان بود.

## روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح تک موردي بود. جامعه آماری را کلیه زنان مبتلا به اختلال افسردگی عدده 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 میارهای ورود (زن، متأهل، حداقل تحصیلات دیپلم و سنین ۳۰ تا ۵۰ سال) انتخاب شدند. در طرح‌های تک موردي تعداد نمونه از ۲ تا ۵ نفر پیشنهاد شده است (۲۱). هدف از انجام پژوهش‌های تک موردي افزایش دقت در اطلاعات کسب شده از بیماران مبتنی باشد. بیماران پس از آگاه شدن از محرومانه 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 هین 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، IBM Corporation, Armonk, NY) (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 کوکه.

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

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

روبه رو 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 روبه رو 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 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 روانشناسی متعددی نیز در طول سال‌های متواتی 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 روانشناسی فرد با افکار و احساسات افزایش یابد. هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانشناسی 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 این که عملی فقط اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز باشد. در این درمان به فرد کمک می‌شود تا پذیرش روانی اش 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 نامؤثر 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 چهت اجتناب از 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 چهت 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 را تشویق می‌کند تا با ارزش‌های واقعی زندگی خود پیوند یابد و مجنوب 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 مفرط بر خودتجسمی یا داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. مرحله پنجم، کمک به فرد تا بی 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 آن چه 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

دارای چهار گویه در طیف لیکرت می‌باشد. ضریب اعتبار درونی ۰/۸۴ گرفته شده است (۲۳). روابط همزمان پرسش نامه فوق نیز با به کارگیری مقیاس Coopersmith همبستگی مثبت معنی دار 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	اقتصادی	وضعیت	
				گروه آزمایش	مدت ازدواج
۲	۳۰	لیسانس	خوب	اول	
۲	۳۳	فوق لیسانس	عالی	دوم	
۴	۲۱	فوق لیسانس	خوب	سوم	
۱	۴۶	دپلم	خوب	چهارم	
۳	۳۹	فوق دپلم	متوسط	پنجم	

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 دپلم بودند.

بر اساس یافته‌های جدول ۲، نمره‌های افسردگی هر پنج بیمار با داشتن نوساناتی، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری کاوش 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									
	پنجم	چهارم	سوم	دوم	اول	پنجم	چهارم	سوم	دوم	اول
پیش‌آزمون (خط پایه)	۴۶/۰	۵۰/۰	۳۹/۰	۴۶/۰		۴۶/۰	۵۰/۰	۳۹/۰	۴۶/۰	
جلسه ششم	۲۹/۰	۲۹/۰	۲۹/۰	۲۹	۳۰/۰	۱۶/۰	۲۰/۰	۱۶/۰	۱۵/۰	۱۹/۰
جلسه دهم	۳۰/۰	۳۲/۰	۳۴/۰	۲۶	۳۲/۰	۹/۰	۹/۰	۴/۰	۳/۰	۴/۰
میانگین مراحل درمان	۲۶/۰	۲۶/۰	۲۶/۰	۲۰	۲۷/۲	۱۷/۶	۲۵/۰	۲۳/۳	۱۹/۰	۲۲/۰
درصد بهبودی پس از مراحل درمان	۲۵/۰	۸۸/۲	۱۰۰	۴۴	۶۰/۰	۶۷/۸	۸۰/۴	۹۲/۰	۹۲/۳	۹۱/۳
درصد بهبودی کلی پس از درمان			۶۳/۴۴				۸۴/۷۶			
پیگیری	۲۹/۰	۳۳/۰	۳۴/۰	۲۹	۳۵/۰	۸/۰	۱۰/۰	۲/۰	۰	۲/۰
درصد بهبودی پس از پیگیری	۲۰/۸	۹۴/۱	۱۰۰	۵۶	۷۵/۰	۷۱/۴	۷۸/۲	۹۶/۰	۱۰۰	۹۵/۶
درصد بهبودی کلی پس از پیگیری			۶۹/۱۸				۸۸/۲۴			

بسنوند. 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، عالیم بدنی و خاطرات باشد و باید آن‌ها را خوب بینند. در جلسه فوق، به آزمودنی‌ها گفته شد که مشکل اصلی آن‌ها 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 سنت قبر بود. شیوه هدف گناری 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:** تمرين خود مشاهده‌گر، با استفاده از استعاره صفحه شطرنج آموزش داده شد و به مراجعان کمک شد که بتوانند مشاهده‌گر رویدادهای ذهنی خود باشند و قضاوتش 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 بروطف کردن ایرادات مربوط به آموزش‌های قبلی و در نهایت، پس‌آزمون انجام شد.

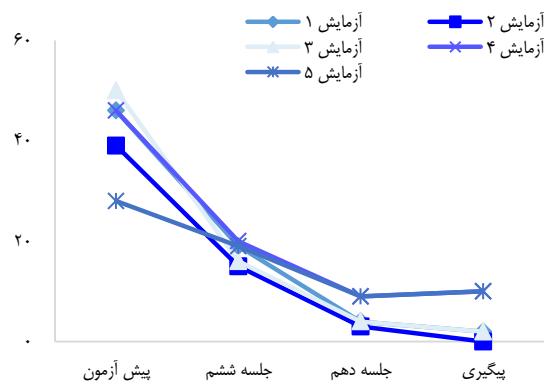
ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر به شرح زیر بود:  
پرسش نامه افسردگی Beck: برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط Beck و Beck همکاران تدوین شد. آزمون فوق یکی از معتبرترین آزمون‌های تشخیصی افسردگی بوده و شامل ۲۱ ماده است که عالیم جسمانی، شناختی و هیجانی افسردگی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. ثبات دونوی به طور میانگین ۸۶/۰ 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).

پرسش نامه حرمت خود Rozenberg طراحی شد که یک مقياس ۱۰ سؤالی مبتنی بر روش خود گزارش دهی است. هر گزاره

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 تجارت مشکل آفرین درونی را عوض و در همان حال، رفتار خود را تعییر دهنده، نه آین که منتظر باشند تا آن افکار ای احساسات مشکل آفرین خودبه‌خود از بین برود. 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 تجارت درونی یعنی افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی ارایه می‌دهد را بدون نیاز به دفاع در برابر آن‌ها پیذیرد. در حقیقت مداخلات مبتنی بر پذیرش می‌خواهد مراجع تمزکرش را تغییر و کاهش نشانه به داشتن یک زندگی ارزشمند تعییر دهد. بنابراین، به بیماران مبتلا به افسردگی آموزش داده می‌شود که احساسات رنج‌آور خود را مثل یک احساس به طور کامل و بدون حالت تداعی تجربه کنند و شرکت کنندگان در جلسات پژوهش حاضر بعد از یادگیری پذیرش، گشلن، خود به عنوان زمینه، بدون در زمان حال و پرداختن به ارزش‌ها همراه با تعهد توانستند در نهایت، افسردگی خود را کاهش دهنند.

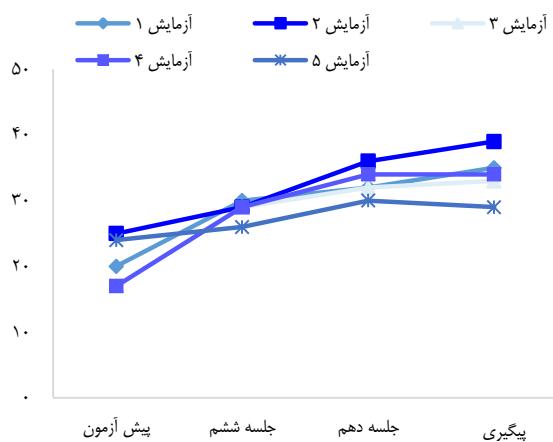
همچنین، یافته‌ها حاکی از آن بود که نمره‌های حرمت خود هر پنج بیمار با داشتن نوساناتی، در مرحله پس‌آزمون و در نهایت، در مرحله پیگیری افزایش یافته است. در اینجا لازم به ذکر است که پژوهشی در مورد اثریخنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی حرمت خود یافته نشده، اما نتایج سایر مطالعات همسو با پژوهش حاضر بود. 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 می‌کنند. چنین افکاری، به گونه‌ای در ذهن فرد تجربه می‌شود که گویی مانند اعمال او، واقیت 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 پیش 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 یا درون تجربه خاصی غرق شود. خود به عنوان زمینه در اکت از طریق تمرین‌های توجه، آگاهی، استعاره‌ها و فرایندهای تجربه‌ای پرورش می‌یابد. تکیک‌های 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 درمان جو 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

شکل ۱ نشان می‌دهد که بر اساس شب 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 شب 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 اثریخنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و حرمت خود زنان مبتلا به افسردگی عده 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، ۲۴، ۱۷، ۱۹). در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت که افراد مبتلا به اختلال افسردگی اغلب عدم زندگی

سایر بیماری‌های مزمن که با کاهش حرمت خود دست و پنجه نرم می‌کنند،  
توصیه می‌گردد.

### نتیجه‌گیری

به طور کلی، نتایج پژوهش حاضر بیانگر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تمهید را بر کاهش افسردگی و افزایش حرمت خود زنان مبتلا به اختلال افسردگی عمد است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که از این درمان برای بیماران (Major depressive disorder) MDD بسترهای در بیمارستان با اختلال افسردگی استفاده گردد.

### تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی با کد ۱۵۰۲۰۷۰۱۹۵۱۰۱۲ مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد می‌باشد. بدین وسیله، نویسنده‌گان از همکاری کارکنان و بیماران محترم بیمارستان فارابی اصفهان که در جمع‌آوری داده‌ها همکاری نمودند تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

قابل دسترسی نیست و تنها می‌توان در جهت آن‌ها به پیش رفت. در نهایت، اکت مراجع را به تدوین الگوهای بزرگتر و بزرگتری از اقدام مؤثر تشویق می‌کند که با ارزش‌های منتخب او در ارتباط است. بنابراین، اگر بیمار افسرده در این مسیر قرار گیرد، اعتماد به نفس بالاتر، احساس لذت بیشتر و حرمت خود بالاتری را تجربه می‌کند.

انجام تحقیق حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود که هنگام تفسیر نتایج باید مد نظر قرار گیرد. پژوهش جاری زنان مبتلا به اختلال افسردگی عمد در شهر اصفهان انجام شد. از این‌رو، بایستی در تعیین نتایج به سایر گروه‌ها و شهرها جانب احتیاط را رعایت نمود. همچنین، افراد پژوهش حاضر مبتلا به اختلال همبود دیگری نبودند، دارای سطح سواد بالاتر از دیلم و متاهل بودند. از این‌رو، در تعیین نتایج به دیگر زنان افسرده لازم به رعایت جوانب احتیاط است. البته، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده هر دو زوج با هم در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کنند تا تأثیر این آموزش‌ها به صورت کامل بررسی شود و از آن‌جا که نتایج پژوهش حاضر در زمینه حرمت خود مطلوب بود، استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در برنامه‌های درمانی

### 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 2<sup>nd</sup> 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.

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 Psychology 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.

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

Mahtab Akbarkhah-Golsefidi<sup>1</sup>, Akram Dehgani<sup>1</sup>

### 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