



## مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی زنان مراجعه کننده به مرکز بهداشت شهرستان ساری

مرضیه ذلیکانی

### چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت ساری بوده که با روش پژوهش آزمایشی از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون و گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری این تحقیق متشکل از کلیه زنان دارای نشانه های افسردگی و نشخوار فکری که به مراکز بهداشت شهرستان ساری در بین ماه های آذر تا بهمن سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده اند، بود. تعداد ۴۵ نفر نمونه در قالب ۳ گروه ۱۵ نفره (دو گروه های آزمایشی و یک گروه کنترل) با شیوه نمونه گیری در دسترس مشخص شدند. برای گردآوری داده ها از ابزار پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۷۸) استفاده شده است. نتایج نشان دادند که نتایج نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است افسردگی و مولفه های آن را در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت ساری بهبود بخشد. همچنین نتایج نشان دادند که بین اثربخشی دو روش درمانی شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش میزان افسردگی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت ساری تفاوت معنادار وجود دارد و اثربخشی درمان ACT بیشتر بوده است.

**واژگان کلیدی:** درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افسردگی، زنان

## مقدمه

یکی از مشکلات شایع و جدی در زنان افسردگی است. افسردگی<sup>۱</sup>، اختلالی دوره ای با بازگشت پذیری مکرر است که با ناراحتی یا غمگینی فراگیر و پایدار، نداشتن حس لذت از فعالیت های روزمره، بیقراری، و نشانه های مرتبط با برخی افکار منفی، کمبود انرژی، دشواری در تمرکز و آشفتگی خواب و اشتها مشخص می شود (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). بروز افسردگی با توجه به سن، جنس، تحصیلات و پیشینه فرهنگی متفاوت است و انواع افسردگی بر اساس شدت، فراگیری، اختلال عملکرد، وجود یا نبود دوره های شبیدایی یا حالت های پسیکوزی متمایز می شود (ری، بلا اووسا و لیو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵). طی قرن بیستم میزان افسردگی در گروه های متولد شده در دوره های گوناگون، بطور پیاپی افزایش یافته است. همچنین به نظر می رسد سن شروع افسردگی در هر گروه زودتر از گروه قبلی باشد. این موضوع ممکن است تا حدودی قابل تأمل باشد زیرا هرچه افراد زمانیکه اولین افسردگی عمده شان رخ می دهد جوانتر باشند، احتمال بیشتری وجود دارد که وابستگی نشان نیز دوره های افسردگی را تجربه کنند (ساراسون و همکاران، ترجمه نجاریان، ۱۳۸۷). به طور کلی، افسردگی در افراد به خصوص در نوجوانان موجب کاهش اعتماد به نفس شده، خود را نالایق و ناشایست می داند و خود را به خاطر خطاهایشان سرزنش میکنند. نسبت به آینده احساس ناامیدی دارند و در اینکه بتوانند کاری برای بهبود حال خود انجام دهند تردید دارند. میزان انگیزش آنان کاهش یافته است (اتکینسون<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ ترجمه براهنی و همکاران، ۱۳۹۰). بالبی<sup>۵</sup> اختلال های افسردگی را تجارب بنیادین ناامیدی یا درماندگی دانست که به دلیل فقدان اولیه و ناتوانی مزمن در برقراری و حفظ روابط عاطفی پدید می آیند (خانجانی، ۱۳۸۴). با توجه به بالا بودن آمار افسردگی در کشورمان از جایگاه ویژه ای برخوردار است که با بکار گیری اقدامات لازم توسط سازمان های مربوطه و متولیان این امر، سبب کاهش پیامدهای منفی آن همچون نبود شادی، عدم رضایتمندی از زندگی و فرهنگ زندگی، برخوردهای نامتعارف، نوع پوشش و ارتباط و تعامل با ارباب رجوع در جامعه شویم تا جامعه به سمت به پویایی و نشاط حرکت کند و امید به زندگی در مردم افزایش یابد که در آینده بازدهی آن را در افزایش چرخه علم و اقتصاد و فرهنگ و دیگر مسایل مهم کشور شاهد باشیم (فرح بیجاری و همکاران، ۱۳۹۴).

برای درمان افسردگی رویکردهای گوناگون روانشناختی به کار می روند، ولی برای مقایسه این رویکردها، ارزیابی کنترل شده فقط در دو دهه اخیر انجام شده است. درمان های رایج افسردگی، شامل جسمانی و روانشناختی است. درمان جسمانی شامل کاربرد داروهای ضد افسردگی (مانند سه حلقه ای ها، بازدارنده های مونو آمین اکسیداز<sup>۶</sup>، کربنات لیتیوم)، درمان با تشنج برقی (ECT) و برای بیماران افسرده مقاوم به سایر روش های درمانی، همراه با تشنج برقی و حتی جراحی روانی به کار می رود (کاپلان<sup>۷</sup> و سادوک، ۲۰۰۹؛ ترجمه رضایی، ۱۳۹۰). یکی از دلایل بکار گیری درمان های روانشناختی در مقایسه با درمان های دارویی و درمان با تشنج برقی این است که درمان های دارویی با وجود آنکه به طور کلی کاهش قابل ملاحظه ای را در نشانه های بیمارگون موجب می شوند، ولی این بیماران در مقیاس های افسردگی، اغلب بسیار بالاتر از سطوح هنجاری آزمودنی های غیر افسرده قرار می گیرند. یکی از این راهکارهای درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت) رویکردی فرایند مدار است که به عنوان یکی از رواندرمانی های موج سوم شناخته می شود. درمان

- 
1. depression
  2. American Psychiatric Association
  3. Rey, Bella-Awusah & Jing
  4. Atkinson
  5. Bowlby
  6. Maois
  7. Kaplan

پذیرش و تعهد شکلی از تجزیه و تحلیل رفتار بالینی است که در روان‌درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد (هیز و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳) و یک روش درمانی است که تمرکز حواس (متمرکز شدن بر یک روش خاص: بر روی هدف، در لحظه‌ی حال، قضاوت غیر منصفانه) و پذیرش (گشودگی، تمایل به حفظ ارتباط) و مهارت‌هایی برای پاسخ به تجارب غیر قابل کنترل و در نتیجه متعهد شدن به ارزش‌های شخصی را می‌آموزد. درمانی است برای کمتر کردن نگرانی‌ها همراه با از بین بردن افکار ناخواسته، هیجان‌ها و احساسات اغلب به عنوان نشانه‌های اختلال روانی دیده می‌شود) و نگرانی زیاد همراه با انعطاف‌پذیری روانشناختی (توانایی برای تغییر رفتار بسته به اینکه چگونه این رفتار برای زندگی بیمار در طولانی مدت مفید و قابل درک است) (نوریان و همکاران، ۱۳۹۴). برخلاف رویکردهای کلاسیک رفتار درمانی شناختی، هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تغییر شکل یا فراوانی افکار و احساسات آزارنده نیست بلکه هدف اصلی آن تقویت انعطاف‌پذیری روانشناختی است (میرزایی و نونهال، ۱۳۹۶). پیام اصلی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، عبارت است از پذیرش چیزی است که خارج از کنترل شخص بوده و متعهد بودن نسبت به انجام هرآنچه که در کنترل فرد است (هیز، لوما، باند، ماسودا، لیلیس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). در واقع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک رویکرد بافت‌گرا است که با مراجع به چالش می‌پردازد تا افکار و احساسات خود را پذیرفته و نسبت به تغییرات لازم متعهد شود (هیز، ۲۰۰۸؛ به نقل از شیدایی اقدم، شمس‌الدینی لری، عباسی، یوسفی، عبداللهی و مرادی جو، ۱۳۹۳). درمان مورد استفاده دیگر در پژوهش حاضر درمان شناختی رفتاری است. درمان شناختی-رفتاری تلاش هدفمند برای حفظ آثار تعدیل رفتار و تلفیق فعالیت‌های شناختی جهت ایجاد تغییرات درمانی است. در این رویکرد درمانی بر نقش شناخت در بروز تغییرات رفتاری و عاطفی تأکید می‌شود. درمان شناختی-رفتاری نوعی شیوه درمانی سازمان‌یافته کوتاه مدت و معطوف به مشکل است که هدف آن تعدیل شناخت‌های نادرست و غیرمنطقی است. این روش درمانی به بیمار کمک می‌کند تا افکار منفی خود را شناسایی کند و آن‌ها را مورد بررسی قرار دهد. این مهارت هسته اصلی CBT است. رویکرد شناختی-رفتاری عمدتاً بر اساس خودیاری استوار است و هدف درمانگر کمک به بیمار است تا بتواند مهارت‌های لازم را نه تنها برای حل مسائل جاری، بلکه مسائل مشابه در آینده رشد دهد (موتابی و فتی، ۱۳۹۶). در درمان شناختی-رفتاری فرد تشویق می‌شود تا رابطه‌ی میان افکار خودآیند منفی و احساس خود را به عنوان فرضیه‌هایی که باید به‌بوته آزمایش گذاشته شود در نظر گیرد و از رفتارهایی که برآیند افکار خودآیند منفی است به عنوان محلی برای ارزیابی اعتبار یا درستی آن افکار بهره‌جوید. این درمان اطلاعات گسترده و تجارب جدیدی از وقایع گذشته و حال در اختیار فرد قرار می‌دهد، بنابراین فرد گزینه‌های بیشتری برای تغییر خلق دارد. بر همین اساس، مداخلات درمانی CBT، مهارت‌های ارزیابی و طیفی از مهارت‌های مقابله‌ای رفتاری-شناختی استاندارد را آموزش می‌دهد که راهنمایی برای انعطاف‌پذیری نسبت به انتخاب راهبردهای مناسب با موقعیت است. فرض بنیادی درمان‌های شناختی-رفتاری سنتی آن است که اختلال یا سوگیری در تفکر موجب اختلالات روان‌شناختی می‌شود و بر نقش محوری باورهای ناکارآمد و تحریف‌های شناختی تأکید می‌کند (گان<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). در همین راستا پژوهش‌ها از ای و همکاران (۱۳۹۷) در عنوان مقایسه اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر کاهش علائم اضطراب مادران دارای کودکان اتیسم اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب و ارتقای پذیرش مادران تفاوت محسوسی نداشت، ولی ماندگاری اثر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پیش‌آزمون-پیگیری در کاهش اضطراب و افزایش پذیرش

1. Hayes et al
2. Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis
3. Gan

بیشتر از درمان شناختی-رفتاری بود. بنابراین، پژوهش درمجموع حمایتی تجربی برای به کارگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مادران دارای کودکان اتیسم فراهم می آورد.

نامی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به شیوه گروهی بر سرکوبی افکار منفی و درماندگی آموخته شده در زنان نابارور به این نتیجه دست یافتند که تفاوت معناداری بین دو گروه در مرحله پس آزمون وجود دارد که نشان دهنده اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرکوبی افکار و درماندگی آموخته شده (سبک اسناد) زنان نابارور می باشد. نتایج پژوهش دهستانی، علوی و رحمانیان (۱۳۹۷) با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر باورهای غیرمنطقی و سوگیری توجه نسبت به محرک ها با بار هیجانی منفی، در دختران نوجوان انجام شد نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای غیرمنطقی دختران نوجوان اثربخش نیست. وین<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی با عنوان درمان پذیرش و تعهد کاهش استرس روانی در بیماران مبتلا به بیماری های روده ای التهابی که بر روی ۱۲۲ زن بیمار مبتلا به روده التهابی در بوستون آمریکا انجام شد نتایج نشان دادند که یک دوره درمان ۸ هفته ای مبتنی بر پذیرش و تعهد، استرس و سایر شاخص های سلامت روانی را بهبود می بخشد. وولز، سودن، هایکمن و اشوورث<sup>۲</sup> (۲۰۱۹) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر زنان بزرگسالان مبتلا به درد مزمن نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش درد مزمن زنان بزرگسالان شده است.

با توجه به نتایج پژوهش های انجام شده و اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سوال است که آیا اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت ساری متفاوت است؟

## روش

روش پژوهش حاضر شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون و گروه کنترل می باشد. جامعه آماری متشکل از کلیه زنان دارای نشانه های افسردگی که به مراکز بهداشت شهرستان ساری در بین ماه های آذر تا بهمن سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده اند، می باشد. از ۴۶ مادری که جامعه آماری پژوهش حاضر را تشکیل می دهند به شیوه نمونه گیری در دسترس تعداد تعداد ۴۵ نفر نمونه تعیین شدند که بصورت تصادفی ساده در قالب سه گروه ۱۵ نفری شامل گروه مداخلات ACT، گروه مداخلات CBT و گروه کنترل قرار گرفتند. به منظور گردآوری داده ها از پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۷۸) استفاده شد.

این پرسشنامه علایم شناختی، هیجانی، رفتاری و جسمانی افسردگی را می سنجد و نشانه های تعریف شده افسردگی از جمله غمگینی، احساس گناه، ازدست دادن علاقه، کناره گیری اجتماعی و افکار خودکشی را مورد ارزیابی قرار می دهد و شامل ۲۱ پرسش چهار گزینه ای نمره گذاری شده اند است که بر اساس مقیاس لیکرت از ۰ تا ۳ می باشد و نمره کل فرد از جمع تمامی پرسش ها، دامنه ای از (۰ تا ۶۳) را شامل می شود. نمرات ۰ تا ۷ نشان دهنده عدم افسردگی، ۸ تا ۱۵ نشان دهنده افسردگی خفیف، نمرات ۱۶ تا ۲۵ نشان دهنده افسردگی متوسط و نمرات ۲۶ تا ۶۳ نشان دهنده افسردگی شدید است. به منظور اجرای پژوهش بعد از آن که آزمودنی ها در سه گروه ۱۵ نفره در قالب گروه مداخلات ACT، گروه مداخلات CBT و گروه کنترل تقسیم بندی شدند از آزمودنی ها خواسته شد که به پرسشنامه ی پژوهش پاسخ دهند (پیش آزمون). سپس گروه مداخلات درمانی اول طی ۸ جلسه (هفته ای دو جلسه) ۹۰ دقیقه ای بصورت گروهی بر اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اساس پروتکل هیز و همکاران (۲۰۱۲)، و گروه مداخلات درمانی دوم بر اساس پروتکل (لیهی و هالند، ۲۰۰۰) به صورت ۱۰ جلسه ای هفته ای دو جلسه و

1. Wynne

2. Vowles, Sowden, Hickman & Ashworth

جلسات به صورت ۹۰ دقیقه ای، تحت درمان قرار گرفته اما افراد گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. در پایان هر سه گروه مجدد پرسشنامه پژوهش را پاسخ دادند (پس آزمون). در ابتدا برای هر یک از آزمودنی ها هدف پژوهش به طور مختصر توضیح داده شد. در اجرای پرسشنامه هیچ گونه محدودیت زمانی اعمال نشد.

### شرح جلسات یا پروتکل درمان گروهی شناختی-رفتاری (CBT)

درمان به کار رفته در این پژوهش بر اساس پروتکل (لیپه و هالند، ۲۰۰۰) به صورت ۱۰ جلسه ای و هفته ای دو جلسه طراحی شده است. جلسات به صورت ۹۰ دقیقه ای در مرکز مشاوره مرکز بهداشت ساری تشکیل گردید. هر یک از این جلسات شامل تمرینات عملی بوده است. مبنای این آموزش فعالیت گروهی آزمودنی ها بوده که در طول دوره آموزشی تمرین و ارزیابی شد. مفاد جلسات به شرح ذیل بوده است:

جلسه های اول و دوم به موضوع هایی همچون آموزش درک نقش افکار و احساسات، تحلیل افکار، شناسایی مشکلات تفکر، صورت گرفت.

در جلسه سوم به بررسی ویژگی های افکار خودآیند، فنون شناسایی افکار خودآیند، تفاوت میان افکار خودآیند و تغییر آنها، شناسایی هیجان ها، تفکیک افکار و احساسات، تمایز بین هیجان ها، نامگذاری هیجان ها، درجه بندی هیجان ها پرداخته شد. در جلسه های چهارم و پنجم آموزش تحریفات شناختی و شناسایی آنها و تمرین تحریفات شناختی اختصاص یافت که در راستای این اهداف کاربرگ هایی در جهت انجام تکالیف در منزل به افراد داده شد.

در جلسه های ششم و هفتم فنون به چالش کشیدن تحریفات شناختی مثل: اسناد مجدد، فن فاجعه زدایی، فن دایره ای، فنون فاصله ای، ماشین زمان، نگاه کردن به مشکل از بالکن، فن سود و زیان آزمون شواهد، پرداخته شد.

در جلسه های هشتم و نهم با موضوع ارزیابی نگرانی ها، ویژگی افراد نگران، شناسایی نگرانی ها، بررسی سود و زیان نگرانی ها، تبدیل نگرانی به پیش بینی، تمایز قائل شدن بین نگرانی مفید و غیرمفید، در گروه مورد بحث و بررسی قرار گرفت. در جلسه آخر ادامه بحث فنون کاهش نگرانی، آموزش مهارت حل مسئله و در نهایت به جمع بندی بحث و گرفتن بازخورد از اعضا گروه اختصاص یافت.

### شرح جلسات یا پروتکل اجرایی جلسات ACT (هیز، ۲۰۱۲)

جلسه ۱: خوشامد گویی و آشنایی و معارفه ی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر؛ بیان احساسات افراد قبل از آمدن به جلسه، دلیل آمدن به این جلسه و انتظاری که از جلسات درمان دارند؛ بیان تجارب مشابه قبلی؛ بیان قوانینی که رعایت آن ها در گروه الزامی است از جمله: به موقع آمدن - عدم غیبت (وقت شناسی) انجام تکالیف و غیره؛ بیان اصل راز داری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر؛ بیان موضوع پژوهش و اهداف آن و بیان این موضوع که روی اهداف فکر شود؛ رایه کلی مطالب آموزشی پیرامون تعهد و پذیرش و نتایج اجرای پیش آزمون.

جلسه ۲: توضیح و بیان این اصل که چرا نیاز به مداخلات روان شناختی احساس می شود؟ ایجاد امید و انتظار درمان در کاهش این فشارها؛ بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات، آگاهی بخشی در این زمینه که افکار را به عنوان افکار، احساسات را به عنوان احساسات و خاطرات را فقط به عنوان خاطره بپذیریم؛ رایه ی تکلیف در زمینه ی پذیرش خود و احساسات ناشی از بیماری.

جلسه ۳: بررسی تکالیف جلسه قبل؛ صحبت درباره احساسات و افکار اعضای گروه؛ آموزش این مطلب که اعضا، بدون قضاوت در مورد خوب یا بد بودن افکار و احساسات خود، آنها را بپذیرند؛ آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آنها با افکار و احساسات، ارایه تکلیف آنکه چقدر خود و احساسات خود و چقدر دیگران و احساسات دیگران را می پذیریم؟

جلسه ۴: بررسی تکالیف، ارایه تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس؛ ارایه ی تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر؛ تاکید دوباره بر اصل پذیرش در شناخت احساسات و افکار، تاکید بر شناخت احساسات و افکار با نگاهی دیگر، تکالیف: رویداد های زندگی (آزاردهنده) را به نوعی دیگر نگاه کنیم و اعتیاد را پایان کار نبینیم و آن را فقط به عنوان یک بیماری تصور کنیم نه بیشتر.

جلسه ۵: بررسی تکالیف؛ آموزش و ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم و آگاهی به این موضوع که آنچه نمی توانیم تغییر دهیم را بپذیریم؛ شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضا به اینکه احساسات خود را قضاوت نکنند؛ ارایه ی این تکنیک که با ذهن آگاه بودن در هر لحظه، از وجود احساسات خود آگاهی یابند، فقط شاهد آنها باشند ولی قضاوت نکنند؛ ارایه تکلیف خانگی ذهن آگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت.

جلسه ۶: ارایه بازخورد و نظرسنجی کوتاه از فرآیند آموزش، درخواست از اعضای گروه جهت برون ریزی احساسات و هیجانات خود در خصوص تکالیف جلسه قبل، آموزش و ارائه اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان؛ (آموزش تعهد به عمل یعنی بعد از انتخاب مسیر ارزشمند و درست در خصوص رسیدن به آرامش یا قبول هر رویدادی در زندگی، به آن عمل کنیم و خود را نسبت به انجام آن متعهد سازیم)؛ ارائه ی تکنیک توجه انتخابی برای آرامش بیشتر در خصوص هجوم افکار خودآیند منفی؛ تمرین جدد ذهن آگاهی به همراه اسکن بدن.

جلسه ۷: ارائه بازخورد و جستجوی مسایل حل نشده در اعضای گروه؛ شناسایی طرح های رفتاری در خصوص امور پذیرفته شده و ایجاد تعهد برای عمل به آنها؛ ایجاد توانایی انتخاب عمل در بین گزینه های مختلف؛ به گونه ای که مناسب تر باشد نه عملی تر جلسه ۸: بررسی تکالیف، جمع بندی مطالب؛ اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره؛ ارایه ی بازخورد به

اعضای گروه، قدر دانی و سپاسگزاری از حضورشان در جلسات.

- اجرای پس آزمون یک هفته پس از پایان جلسات درمان

برای تجزیه تحلیل داده های بدست آمده آزمون تحلیل کوواریانس ANCOVA، و آزمون تحلیل واریانس ANOVA مورد استفاده قرار گرفت.

یافته ها

نتایج آزمون نرمالیتی توزیع داده ها (کلموگروف - اسمیرنوف)

جدول ۱: جدول نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف

گروه	متغیر	آزمون کولموگورف اسمیرنوف	سطح معنی داری
	افسرگی	۰/۲۷۶	۰/۵۷۶
	افسرگی	۰/۷۸۱	۰/۵۷۶
	افسرگی	۰/۱۰۴	۰/۵۷۶

در جدول فوق سطح معنی داری متغیرهای فوق  $p > 0/05$  است؛ با توجه به مقدار  $p$  و عدم رد فرضیه صفر، توزیع داده ها نرمال است. بنابراین مجاز به استفاده از آزمون های پارامتریک می باشیم.

جدول ۲: آزمون شاپیرو-ویلک در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای تحقیق

گروه	متغیر	آزمون شاپیرو-ویلک	سطح معنی داری
	افسردگی	۰/۷۵۶	۰/۴۱۰
	افسردگی	۱/۲۱۲	۰/۸۳۲
	افسردگی	۰/۱۱۳	۰/۱۰۵

پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای تحقیق تایید می شود. با توجه به اینکه سطح معنی داری بدست آمده از ۰/۰۱ بیشتر است ( $p > ۰/۰۱$ )، نتیجه می گیریم توزیع جامعه نرمال است.

نتایج پیش فرض دوم: وجود همگنی ماتریس های کوواریانس

جدول ۳ بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش آزمون

مداخله	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	خطا	F	سطح معنی داری
	افسردگی	۱۲/۶۳۸	۱	۱۱	۱/۱۲۴	۰/۱۳۵
	افسردگی	۱۲/۹۸۶	۱	۱۱	۹/۶۷	۰/۱۵

مقادیر F بدست آمده برای بررسی تعامل بین متغیر مستقل و پیش آزمون، از نظر آماری معنادار نیست ( $P > ۰/۰۵$ )؛ به عبارتی گروه های آزمایش و کنترل در پیش آزمون از میزان افسردگی یکسانی برخوردار بودند. بنابراین مفروضه های همگنی رگرسیون مورد تأیید است.

نتایج پیش فرض چهارم: یکسانی واریانس ها

جدول ۴: آزمون لون برای بررسی همگنی یا یکسانی واریانس

مداخله	متغیر	F	df1	df2	Sig
	افسردگی	۱/۰۳۴	۱	۱۴	۰/۳۱۸
	افسردگی	۰/۸۷۰	۱	۱۴	۰/۵۶۱

آزمون لون برای بررسی فرض یکسانی واریانس ها انجام می پذیرد. با توجه به نتایج آزمون لون معنی دار نبودن مقدار آماره f لون، برابری واریانس ها متغیرهای وابسته برقرار بوده و اجرای آزمون مانکوا امکان پذیر است. همانطور که در جدول شماره ۱ مشاهده شد پس از تعدیل نمرات گروه های آزمایشی و گروه کنترل در پس آزمون افسردگی با هم اختلاف دارند. برای بررسی این نکته که این تفاوت از نظر آماری معنی دار است یا نه و ناشی از اثر آموزشی است، تحلیل مانکوا با روش تصحیح "بن فرونی" انجام پذیرفت.

فرضیه اول: درمان شناختی-رفتاری بر افسردگی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت ساری اثربخش است.

جدول ۵: نتایج آزمون اثر درمان شناختی-رفتاری بر افسردگی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت ساری

منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر $\eta^2$
	Ss	dF	MS			
افسردگی	۱۹۵۶/۲۳۰۴	۱	۱۹۵۶/۲۰۴	۱۴۹/۸۵	۰/۰۰۰	۰/۸۶۷
خطا	۳۰۰/۲۴۲	۱۴	۱۳/۰۵۴			

با توجه به نتایج جدول فوق درمان شناختی-رفتاری بر افسردگی  $F(1, 14) = 149/85$  مؤثر بوده است ( $P < 0/01$ )؛ مجذور سهمی  $\eta^2$  شدت این اثر را (۰/۸۶۷) نشان می دهد. معنی دار شدن تاثیر نشانگر آن است که گروه درمانی شناختی رفتاری توانسته است افسردگی را در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت ساری بهبود بخشد.

فرضیه دوم: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت ساری اثربخش است.

جدول ۶: نتایج آزمون اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت ساری

منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر $\eta^2$
	Ss	dF	MS			
افسردگی	۱۱۸۱/۱۵۲	۱	۱۱۸۱/۱۵۲	۱۱۵/۸۵	۰/۰۰۰	۰/۴۷۳
خطا	۱۸۸/۷۷۸	۱۴	۱۳/۰۵۴			

با توجه به نتایج جدول فوق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی  $F(1, 14) = 115/85$  مؤثر بوده است ( $P < 0/01$ )؛ مجذور سهمی  $\eta^2$  شدت این اثر را (۰/۴۷۳) نشان می دهد. معنی دار شدن تاثیر نشانگر آن است که گروه درمانی شناختی رفتاری توانسته است افسردگی را در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت ساری بهبود بخشد.

فرضیه سوم: اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت ساری متفاوت است.

جدول ۷: خلاصه نتایج تحلیل واریانس یک طرفه گروه های کنترل، درمان CBT و درمان ACT (افسردگی)

منابع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری
بین گروه ها	۱۰۰۹/۱۸۲	۲	۵۰۴/۵۹۱	۱۲/۰۱۸	۰/۰۰۰
درون گروه ها	۱۱۳۳/۶۱۵	۴۲	۴۱/۹۸۶		
کل	۲۱۴۲/۷۹۷	۴۴			

یافته های جدول ۷، نشان می دهد سطح معناداری کوچکتر از ۰/۰۵ است، بنابراین فرض صفر رد می شود. به عبارت دیگر با اطمینان ۹۵٪ می توان قضاوت کرد بین اثربخشی دو روش درمان CBT و درمان ACT با یک گروه گواه در افسردگی زنان



مراجعه کننده به مراکز بهداشت ساری تفاوت معنی داری وجود دارد. به منظور مقایسه دو به دو میانگین ها از آزمون های تعقیبی استفاده شد. به دلیل عدم تجانس واریانس گروه ها در این پژوهش از آزمون تعقیبی دانت استفاده شد. جدول ۸ نتایج حاصل از مقایسه های دو به دو را نشان می دهد.

جدول ۸: نتایج آزمون دانت به منظور مقایسه ی دو به دو روش درمانی (افسردگی)

سطح معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین	گروه مورد مقایسه
۰/۰۰۰	۱/۲۹۱	۶/۶۴۱	درمان CBT - درمان ACT
۰/۱۴۱	۳/۴۱۴	-۷/۶۱۱	درمان CBT - کنترل
۰/۰۰۵	۳/۵۱۱	-۱۴/۲۱۷	درمان ACT - کنترل

یافته های جدول فوق نتایج آزمون دانت را نشان می دهد، همانگونه که ملاحظه می شود، بین کاهش میزان افسردگی در دو گروه درمانی (درمان CBT - درمان ACT) در سطح ۰/۰۵ تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین نتایج جدول نشان می دهد، گروه کنترل به غیر از گروه درمان CBT با گروه درمان ACT در کاهش میزان افسردگی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت ساری تفاوت معناداری دارد. لذا میتوان نتیجه گرفت اثربخشی درمان ACT بیشتر بوده است.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج فرضیه یک نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری موجب کاهش افسردگی می شود. در تبیین این یافته می توان گفت که مداخله گروه درمانی شناختی رفتاری، در زنان به این دلیل که مسبب توانمند ساختن آنها در ابعاد ذهنی شده و بهبودی و سلامت ذهن آن ها را افزایش داد، و به دلیل این که درمان گروهی اجرا شد، شناخت واره های فردی و اجتماعی اعضا به کمک هم بازشناسی بیش تری شد و در واقع به آزمون گذارده شد و این زنان صحت و سقم ابعاد مشکلات در جامعه پذیری و زندگی فردی را بازشناسی نمودند. در این درمان زنان فراگرفتند که شناخت ها، احساسات و واکنش های خود را نسبت به حالت هیجانی و ارتباط با جامعه را ارتقا دهند و با نگرستن به طرف روشن قضا و ارزیابی واقع بینانه و مثبت به دلیل شرایطی که دارند، تحمل و انعطاف آنان در برابر چالش های فردی و اجتماعی بیشتر شود. در نهایت می توان گفت، گروه درمانی شناختی رفتاری، از طریق تشخیص خطاهای شناختی، چالش با آنها و آزمایش رفتاری، محتوای افکار منفی زنان درباره بیماری، خود و اجتماع را تغییر داده و این نوع درمان، هیجانات منفی درباره خود و اجتماع را تعدیل کرده و با کشف و اصلاح افکار منفی و تفکرات غیر منطقی این افراد، از طریق سازماندهی فرایند افکار و باورهای ناکارآمد مانند نیازمندی به تأیید دیگران، انتظارات بالا از خود، سرزنش کردن خود به دلیل مقصر بودن در بیماری، مشکلات هیجانی، نگرانی های همراه با اضطراب، افسردگی و درماندگی نسبت به تغییر را کاهش داد.

نتایج فرضیه دوم نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش افسردگی می شود. تبیین یافته های فوق می توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به اینکه در طول مداخله از مهارت های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف پذیری روانشناختی استفاده می کند و نتیجه انعطاف پذیری روانشناختی چیزی نیست جز افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه شان در زمان حال و آنچه در آن لحظه برای آنها امکان پذیر است و به شیوه ای عمل نمایند که منطبق با ارزش های انتخاب شده باشد. این تجربه در زمان حال به مراجعان کمک می کند تغییرات را آنگونه که هست تجربه کنند، نه آنگونه که ذهن می سازد. در واقع از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانایی افراد در پاسخ های سازگارانه و تاب آور

به رویدادهای زندگی در حضور افکار و احساسات تهدیدکننده که منجر به انعطاف ناپذیری روانشناختی، افسردگی و عدم سلامت روانی آنها در برخورد با مشکلات می شود، افزایش می دهد. تبیین دیگر اینکه هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد و افزایش انعطافپذیری است. یعنی ایجاد توانایی انتخاب گزینه ای از بین گزینه های مختلف که متناسب تر باشد که این امر باعث افزایش تاب آوری، بهزیستی روانشناختی و احساس آرامش می شود. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد در شناسایی تنش های زندگی کمک می کند که این امر باعث کاهش برانگیختگی های روانی و هیجانی، مقابله سازگار با منابع افسردگی و رویدادهای استرس زا و کمک گرفتن در هنگام نیاز و بهبود مهارت های اجتماعی می شود. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود سلامت روان می شود. در واقع نتایج حاصل از این پژوهش مبنی بر کاهش افسردگی ناشی از انعطاف پذیری روانشناختی است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از گسلش شناختی، تفکیک و جداسازی مفهوم خود، پذیرش تجربه های منفی، تماس ذهن آگاهانه با زمان حال، ارزش های واضح و مشخص و عمل و تعهد بر اساس ارزش ها، آن را ایجاد می کند. بر اساس نتایج حاصل از فرضیه سوم مشخص گردید که با اطمینان ۹۵٪ می توان قضاوت کرد بین اثربخشی دو روش درمانی شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه گواه در کاهش افسردگی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت ساری تفاوت معنی داری وجود دارد. عبارت دیگر، هر دو روش درمانی بر کاهش افسردگی موثر بوده اند. همچنین مقایسه دو به دو میانگین ها نشان داد که بین کاهش میزان افسردگی در گروه کنترل و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری وجود دارد اما در گروه کنترل و گروه درمان شناختی-رفتاری این تفاوت معنادار نمی باشد. بنابراین می توان اینگونه نتیجه گیری نمود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان شناختی رفتاری تاثیر درمانی بیشتری بر کاهش افسردگی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت ساری داشته است. با توجه به یافته های فرضیه های پژوهش پیشنهاد های ذیل ارائه می گردد با توجه به اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی زنان پیشنهاد می گردد مدیران بهزیستی و بهداشت برای کاهش سطح افسردگی زنان، کلاس های گروه درمانی شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در مراکز تحت پوششان به ویژه مراکز مشاوره برگزار کنند. همچنین با توجه به همراستا بودن نتایج مثبت گروه درمانی شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با برخی روش ها و متدهای نوین دیگر، پیشنهاد می شود از این تکنیک بصورت تلفیقی با روش های دیگری نظیر مهارت های زندگی، باورهای دینی و جهت گیری مذهبی، روش ها و تکنیک های خودتنظیمی و تنظیم هیجانی و یا تلفیق این مهارت ها با روش های درمانی و تکنیک های روانشناختی استفاده شود.

## منابع

- اژه ای، جواد؛ صیادشیرازی، مریم؛ غلامعلی لواسانی، مسعود؛ کسای اصفهانی، عبدالرحیم. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر کاهش علائم اضطراب مادران دارای کودکان اتیسم. *فصلنامه روانشناسی*، ۸۵، ۲۲ (۱)، ۳-۲۱.
- خانجانی، زینب. (۱۳۸۴). تحول و آسیب شناسی دلبستگی از کودکی تا نوجوانی. تهران: انتشارات فروزش، چاپ اول.
- دهستانی، مهدی؛ علوی، سیده فاطمه؛ رحمانیان، مهدیه. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر باورهای غیرمنطقی و سوگیری توجه نسبت به محرکها با بار هیجانی منفی، در دختران نوجوان. *مجله شناخت اجتماعی*، ۷ (۱)، ۸۹-۱۰۲.
- ساراسون، ایرون جی؛ ساراسون، باربارا. آر. (۲۰۰۸). روانشناسی مرضی. ترجمه بهمن نجاریان؛ محمدعلی اصغر مقدم؛ محسن دهقانی. (۱۳۸۷). تهران: انتشارات رشد.

- شیدایی اقدم، شوان؛ شمس الدینی لری، سلوی؛ عباسی، سمیه؛ یوسفی، سارا؛ عبداللهی، صفیه؛ مرادی جو، محمد. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی و نگرش های ناکارآمد در بیماران مبتلا به M.S. مجله اندیشه و رفتار، ۹ (۳۴)، ۵۷-۸۸.
- کاپلان، هارولد؛ سادوک، ویرجینیا. (۲۰۰۹). خلاصه روانپزشکی آمریکا. ترجمه: رضایی، فرزین. (۱۳۹۰). تهران: انتشارات ارجمند، (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۷).
- موتابی، فرشته؛ فتی، لادن. (۱۳۹۶). راه و رسم درمانگری در نظریه شناختی رفتاری. تهران: نشر دانه.
- میرزایی، مصلح؛ نونهال، سامان. (۱۳۹۶). تندآموز درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. نشر ارجمند.
- نامنی، ابراهیم؛ عبدالله زاده، حسن؛ پیرانی، حمیده؛ جاجرمی، محمود. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به شیوه گروهی بر سرکوبی افکار منفی و درماندگی آموخته شده در زنان نابارور. مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۲۵ (۵)، ۶۰۷-۶۰۰.
- نوریان، لیلی؛ آقایی، اصغر؛ قبانی، مریم. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خوردن هیجانی در زنان چاق. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۶ (۲)، ۱۵-۲۳.
- فرح بیجاری، اعظم، پیوسته گر، مهرانگیز، صدر، مهدیه سادات. (۱۳۹۴). رابطه تاب‌آوری با ابعاد پنجگانه شخصیت و اختلالات بالینی افسردگی، اضطراب و جسمانی‌سازی در دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه الزهرا (س). (مطالعات روان‌شناختی ، 11 شماره ۳)، ۵۳-۷۸ .
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 5th ed. American Psychiatric Pub.
- Gan, Y., Zhang, Y., Wang, X., Wang, S., & Shen, X. (2006). The coping flexibility of neurasthenia and depressive patients. 40 (5), 859-71.
- Hayes, S.C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44 (1), 1-25.
- Hayes, S.C., Levin, M.E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44 (2), 180-198.
- Rey, Joseph. M., Bella-Awusah, Tolulope. T., Liu, Jing. (2015). *Depression in children and adolescents*. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Wowles, Kevin E., Sowden, Gail., Hickm, Jayne., Ashworth, Julie. (2019). An analysis of within-treatment change trajectories in valued activity in relation to treatment outcomes following interdisciplinary Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain. *Behaviour Research and Therapy*, 115, 46-54.
- Wynne, Brona., McHugh, Louise., Gao, Wei., Keegan, Denise., Byrne, Kathryn., Rowan, Catherine., Hartery, Karen., Kirschbaum, Clemens., Doherty, Glen.,

Cullen, Garret., Dooley, Barbara., Mulcahy, Hugh E. (2019). Acceptance and Commitment Therapy Reduces Psychological Stress in Patients With Inflammatory Bowel Diseases. *Gastroenterology*, 156 (4), 935-945.