

بررسی اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی زنان خانه‌دار شهر تهران

مهرناز اشجع ^۱	تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۵/۲۸
کیومرث فرح بخش ^۲	تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۶/۲۰
نجمه سدرپوشان ^۳	
زهرا ستوده ^۴	

چکیده

هدف از اجرای این پژوهش بررسی اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی زنان خانه‌دار است. این پژوهش نیمه تجربی و به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری این پژوهش زنان خانه‌دار شهر تهران در سال ۹۱-۹۰ هستند. نمونه این پژوهش شامل ۳۰ نفر از زنان خانه‌دار مراجعه‌کننده به شش خانه سلامت منطقه ۲ شهر تهران بودند که نمره آنان در آزمون افسردگی بک بین ۱۴ تا ۶۳ بود و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری قرار گرفتند. آن‌گاه مداخلات درمانی (رویکرد پذیرش و تعهد) به گروه آزمایش (تعداد ۱۴ نفر به علت ریزش) طی ده جلسه و در ده هفته متوالی انجام شد و گروه کنترل هیچ آموزشی را ندیدند. در این پژوهش جهت آزمودن فرضیه‌ها از روش واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید.

۱- کارشناسی ارشد مشاوره
mehrnazashja@yahoo.com

۲- استادیار دانشگاه علامه طباطبایی
kiiumars@yahoo.com

۳- استادیار دانشگاه آزاد خمینی شهر
sedrpushan@iaukhsh.ac.com

۴- کارشناسی ارشد مهندسی کامپیوتر
zsotoodeh@yahoo.com

۱- کارشناسی ارشد مشاوره

۲- استادیار دانشگاه علامه طباطبایی

۳- استادیار دانشگاه آزاد خمینی شهر

۴- کارشناسی ارشد مهندسی کامپیوتر

نتایج نشان داد که رویکرد پذیرش و تعهد منجر به کاهش افسردگی زنان خانه‌دار شده است ($P < 0/01$) و $(F = 42/1)$.

کلید واژه: افسردگی، پذیرش و تعهد درمانی

مقدمه

افسردگی شایع‌ترین اختلال خلقی و عاطفی و بزرگ‌ترین بیماری روانی قرن حاضر است. به بیان ساده‌تر افسردگی، یک واکنش روانی زیستی در برابر فشارها و استرس‌های زندگی است. این حالت واکنشی و اختلال خلقی محدود به زمان و مکان خاصی نیست و می‌تواند در هر زمان و هر مکان و برای هر شخصی در هر موقعیتی که باشد، پدید آید (افروز، ۱۳۸۷).

سازمان جهانی سلامت، افسردگی را دلیل اصلی بیماری و مرگ زنان می‌داند. آمار جهانی همین سازمان نشان می‌دهد که حدود ۲۰ درصد از زنان در کشورهای در حال توسعه دچار بیماری افسردگی می‌باشند. (خباز بهشتی، ۱۳۸۴). در ایران نیز شیوع اختلالات خلقی به ویژه در بین زنان، بیش از سایر اختلالات گزارش شده است (پالاهنگ، نصر، براهنی، شاه محمدی، ۱۳۷۵).

بی‌گمان افسردگی مشکل واقعی زنان به‌شمار می‌آید. زنان به این دلیل افسرده می‌شوند که در کارهای خانه یا شغل پایین خود پاداش کافی دریافت نمی‌کنند، یا به دلیل داشتن فرزندان خردسال از معاشرت با دیگران محروم هستند. برعکس زمانی که در پایگاه‌های اجتماعی بالاتری اشتغال دارند و از تحصیلات بالاتری برخوردارند، کمتر از افسردگی رنج می‌برند (نوابی نژاد، ۱۳۸۵).

پذیرش و تعهد^۱ رویکردی درمانی است که به خلق و ایجاد انعطاف‌پذیری در روانشناختی با تضعیف آثار اغراق‌آمیز شناخت‌ها و زبان ارزشیابانه، زمان‌مند و دقیق انسان تاکید می‌کند (وایتلی لیسون^۲، ۲۰۱۰).

در رویکرد پذیرش و تعهد برخلاف درمان شناختی-رفتاری، محتوای افکار، احساسات و حس‌های بدنی بررسی نمی‌شود، بلکه شیوه‌هایی که افراد بدان وسیله به تجارب خویش می‌پردازند، مورد بررسی قرار می‌گیرد. این رویکرد تاکید می‌کند که باید چالش و درگیری با باورها را کم کرد. این نکته بر این فرض مبتنی است که فرآیند تقلا با افکار یا هیجانات مشکلات را شدیدتر می‌کند (هایز^۳، استروساهل^۴، ویلسون^۵، ۱۹۹۹).

هدف نهایی پذیرش و تعهد، کمک به افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی است (رولاند^۶، ۲۰۱۰).

(فلچر^۷ و هایز، ۲۰۰۵) انعطاف‌پذیری روانشناختی را این‌گونه تعریف کردند: توانایی تماس کامل با لحظه کنونی و واکنش‌های روانشناختی که باعث می‌شود فرد هشیار شود و رفتارهایش را یا تغییر دهد یا اینکه در جهت ارزشهای انتخاب شده خویش تثبیت کند. نهایتاً پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روانشناختی را افزایش می‌دهد و زبان و شناخت‌های مشکل‌زا را مورد بررسی قرار می‌دهد (به نقل از رولاند، ۲۰۱۰).

-
- 1- Acceptance and commitment
 - 2- Whitley Lassen
 - 3- Hayes
 - 4- Strosahl
 - 5- wilson
 - 6- Rowland
 - 7- Fletcher

در مقابل، شکل‌های سنتی‌تر درمان شناختی-رفتاری، در پذیرش و تعهد درمانی، مراجعین را به اصلاح افکار و احساساتشان مجبور نمی‌کنند در عوض هدف کمک به آنهاست تا خودشان پاسخ به افکار و احساسات خویش را تغییر دهند (رولاند، ۲۰۱۰).

یکی از علت‌های افسردگی، شناخت‌های منفی است (آزاد، ۱۳۸۴). در درمان پذیرش و تعهد، مراجعین را به این سمت هدایت می‌کنند تا افکار و هیجانات را از خود جدا ببینند که این امر به درمانگران اجازه می‌دهد تا چارچوب رابطه‌ای و حالات شناخت منفی را اصلاح کنند. این راهبرد درمانی شبیه برونی کردن در روایت درمانی است (رولاند، ۲۰۱۰).

اگرچه درمانگران شناخت درمانی با استفاده از راهبرد شناختی-رفتاری باعث تغییر در ساختار عملکرد شناخت‌ها می‌گردند اما هدف پذیرش و تعهد درمانی، افزایش پذیرش کامل حیطه وسیعی از تجارب عینی است که شامل آشفتگی‌ها، افکار، باورها، احساسات و دریافت‌های حسی بدنی می‌باشد و نهایتاً افراد را به سمت ارتقای کیفیت زندگی‌شان هدایت می‌کند. در رویکرد شناختی-رفتاری بک، مستقیماً بر اصلاح و تغییر محتوای افکار ناکارآمد تمرکز می‌شود، درحالی‌که در رویکرد پذیرش و تعهد درمانی بر تغییر و اصلاح ارتباط فرد با افکارش تمرکز می‌گردد. به همین دلیل تغییر از طریق مشاهده و توصیف تجارب فردی قوی‌تر از تغییرات در راهبرد شناختی-رفتاری می‌باشد. یکی از اصول مهم که سبب اثربخش‌تر شدن پذیرش و تعهد درمانی از سایر رویکردها می‌گردد، آگاهی و پذیرش تجارب اجتناب شده می‌باشد (فورمن^۱، هربرت^۲، مویترا^۳، ۲۰۰۹).

1- Forman
2- Herbert
3- Moitra

اولین تحقیق مقایسه‌ای در مورد پذیرش و تعهد، یک کارآزمایی بالینی بود که توسط زتل و هایز (۱۹۸۶) انجام گردید. در این پژوهش این دو محقق اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد را با درمان شناختی-رفتاری بر روی متغیر وابسته افسردگی مورد مقایسه قرار دادند، نتایج نشان داد که پذیرش و تعهد درمانی، اثربخش‌تر از شناخت درمانی بر افسردگی می‌باشد. آزمودنی‌های در گروه پذیرش و تعهد، کاهش سریع‌تر را در افکار افسردگی از خود نشان دادند همچنین در سال ۱۹۸۹ در تحقیق زتل و رینس نیز این نتیجه به دست آمد (به نقل از هایز، بیگلند، پیسترلو، ۲۰۰۸).

(زتل و رین، ۱۹۹۹) شیوه‌های درمانی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری را مورد مقایسه قرار دادند. در مطالعه آنان ۵۴ زن با تشخیص افسردگی در دوازده جلسه ۱/۵ ساعته که در سه گروه به طور تصادفی تقسیم شده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج، کاهش علائم افسردگی را که به وسیله مقیاس افسردگی هامیلتون (۱۹۶۰) مورد سنجش قرار گرفته بود در هر سه گروه آزمایشی نشان داد. اما در پیگیری دو ماه بعد کاهش علائم افسردگی در گروهی که پذیرش و تعهد دریافت نموده بودند بیشتر از گروه درمانی شناختی-رفتاری گزارش شد.

اگرچه تحقیقات زیادی در زمینه افسردگی انجام شده ولی کمتر تحقیقی به افسردگی در زنان خانه‌دار پرداخته است. با توجه به اینکه مشکل افسردگی مخصوصا در زنان از اهمیت زیادی برخوردار است، لذا انجام پژوهش برای آموزش، مداخله و رفع این مسئله لازم و ضروری می‌باشد؛ چرا که از این طریق می‌توان به سلامت روان، استحکام خانواده و ایجاد جامعه سالم کمک نمود. رویکرد پذیرش و تعهد با تحقیقات بسیاری در کشورهایی چون آمریکا و کانادا

ارزیابی و مشخص گردید که در مقایسه با درمان‌های دارویی و بسیاری از درمان‌های روانشناختی به طور قابل ملاحظه‌ای سبب بهبود و سلامت روان گردیده است. این رویکرد در ایران تا کنون در مورد افسردگی مورد تحقیق و بررسی قرار نگرفته است. لذا مسئله مورد پژوهش در تحقیق حاضر این است که آیا آموزش رویکرد پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی زنان خانه‌دار موثر است؟

روش

جامعه آماری این پژوهش زنان خانه‌دار شهر تهران در سال ۸۹-۹۰ می‌باشند. در این پژوهش از بین ۵۰ نفر از زنان خانه‌دار مراجعه کننده به شش خانه سلامت منطقه ۲ شهر تهران بعد از مصاحبه بالینی و اجرای پرسشنامه افسردگی بک ۳۰ نفر که نمره آنان بین ۱۴ تا ۶۳ نشان‌دهنده افسردگی بوده انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره قرار گرفتند. آن‌گاه مداخلات درمانی (رویکرد پذیرش و تعهد) روی گروه آزمایش (تعداد ۱۴ نفر به علت ریزش) طی ده جلسه و در ده هفته متوالی انجام شد و گروه کنترل هیچ آموزشی ندیدند. در طول مداخلات درمانی یک نفر در گروه آزمایش ریزش داشت که به خاطر برابری گروه آزمایش و کنترل یک نفر به صورت تصادفی از گروه کنترل نیز حذف گردید و تعداد نفرات دو گروه به ۱۴ نفر رسید. این افراد فقط شامل زنان خانه‌دار بودند که در محدوده سنی ۳۶ تا ۶۳ سال قرار داشتند. از نظر تحصیلات حداقل دیپلم و حداکثر لیسانس بودند. دوره اجرای آموزش دو ماه و نیم بود و در پایان، پس‌آزمون روی هر دو گروه اجرا گردید. پیگیری بعد از گذشت دو ماه انجام شد.

ابزار اندازه‌گیری پژوهش

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلال‌های محور I در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱.

مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلال‌های محور I، مصاحبه انعطاف‌پذیری است که توسط فرست و همکاران (به نقل از سگال، ۱۹۹۷) تهیه شده است. از این مصاحبه برای تشخیص اختلال افسردگی اساسی و تمایز آن از سایر اختلالات استفاده می‌شود. نتایج پژوهش‌ها و مطالعات نشان می‌دهد که مصاحبه حاضر آرای روایی و پایایی خوبی برای تشخیص اختلالات روانی است (مارنات، ۲۰۰۳، به نقل از پاشا شریفی و نیکخو، ۱۳۸۶).

آزمون افسردگی بک

این پرسش‌نامه که شامل ۲۱ سوال است، به منظور سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده ساخته شده است و مواد آن اساساً بر مبنای مشاهده و تلخیص نگرش‌ها و نشانه‌های متداول در میان بیماران روانی افسرده تهیه شده است. به عبارت دیگر، این مواد و وزن‌های آنها به طور منطقی انتخاب شده‌اند. محتوای این پرسش‌نامه به طور جامع، نشانه‌شناسی افسردگی است، اما بیشتر بر محتوای شناختی تاکید دارد. پرسش‌نامه افسردگی بک، از نوع آزمون‌های خودسنجی است و در پنج تا ده دقیقه تکمیل می‌شود. مواد آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این مواد در زمینه‌هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بی‌زاری و ... هستند. به این ترتیب که ۲ ماده از آن به عاطفه، ۱۱ ماده به شناخت، ۲ ماده به رفتارهای آشکار، ۵ ماده به نشانه‌های

1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

جسمانی و ۱ ماده به نشانه‌شناسی میان‌فردی اختصاص یافته است. به این ترتیب این مقیاس، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است (بک، ۱۹۸۸). بک و همکارانش با بررسی پژوهش‌هایی که از این ابزار استفاده کرده بودند، دریافتند که ضریب اعتبار آن با استفاده از شیوه بازآزمایی، برحسب فاصله بین دفعات اجرا و نیز نوع جمعیت مورد آزمون از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ متغیر است. بک و همکاران بار دیگر در سال ۱۹۹۶ ضریب اعتبار بازآزمایی آزمون در فاصله یک هفته‌ای را ۰/۹۳ به دست آوردند. در مورد روایی پرسش‌نامه افسردگی بک نیز پژوهش‌های مختلفی انجام شده است. میانگین همبستگی پرسش‌نامه افسردگی بک با مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی همیلتون، مقیاس خودسنجی زونگ، مقیاس افسردگی MMPI، مقیاس صفات عاطفی چندگانه افسردگی و SCL90 بیش از ۰/۶۰ است. در داخل کشور نیز پژوهش‌های مختلفی انجام شده است که به اندازه‌گیری ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار پرداخته‌اند. از بین این پژوهش‌ها می‌توان به پژوهش تشکری و مهریار در سال ۱۳۷۳ اشاره کرد که ضریب پایایی آن را در ایران ۰/۷۸ به دست آوردند. در پژوهش‌های دیگر از جمله پژوهش پرتوی در سال ۱۳۵۴، وهاب‌زاده در سال ۱۳۵۲ و چگینی در سال ۱۳۸۱، اعتبار پرسش‌نامه بک، بالا گزارش شده و از بین ۷۰ تا ۹۰ درصد متغیر بوده است (ازخوش، ۱۳۸۷).

یافته‌ها

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شده است. و نیز از آزمون تعقیبی LSD نیز جهت بررسی آزمون‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری استفاده شده است. برای بررسی فرض نرمال بودن عامل‌ها از آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف استفاده شده است.

جدول ۱: نتایج آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف فرض نرمال بودن عامل افسردگی در

دو گروه آزمایش و کنترل

گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	k-s-z	معناداری
آزمایش	۲۴/۸۵	۸/۶	۰/۵	۰/۹۶
کنترل	۲۵/۱۴	۷/۱۲	۰/۵۵	۰/۹۲

با توجه به اینکه آماره کولموگوروف-اسمیرنوف در سطح $\alpha = ۰/۰۵$ برای هر دو گروه آزمایش و کنترل معنادار نمی‌باشد بنابراین فرض نرمال بودن عامل‌ها در هر دو گروه پذیرفته می‌شود.

جدول ۲: نتایج آزمون ماچلی در اندازه‌گیری‌های مکرر آزمون افسردگی زنان خانه‌دار در

دو گروه کنترل و آزمایش

موثر	آماره ماچلی	Df	سطح معناداری
آزمون کرویت ماچلی	۰/۰۵۵	۲	۰/۰۰۱

طبق نتایج حاصله، آماره ماچلی در سطح $\alpha = ۰/۰۵$ برای تمامی حیطه‌ها معنادار می‌باشد پس می‌توان از ضریب کرویت ماچلی استفاده کرد.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در خصوص پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری در دو گروه کنترل و آزمایش آزمون افسردگی زنان خانه‌دار

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری P	مجذور اتا	توان آماری
گروه‌ها - آزمون‌ها	۲۱۴/۹۵	۲	۱۰۷/۴۷	۴۲/۱	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱

F مشاهده شده در سطح $\alpha = ۰/۰۱$ تفاوت معناداری را بین دو گروه آزمایش و کنترل در میانگین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری نشان می‌دهد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که در تاثیر آموزش رویکرد پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی زنان خانه‌دار در دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۴: نتایج آزمون ماچلی در اندازه‌گیری‌های مکرر در آزمون افسردگی زنان خانه‌دار در گروه آزمایش

موثر	آماره ماچلی	df	سطح معناداری
آزمون‌ها	۰/۱۱	۲	۰/۰۰۱

طبق نتایج حاصله، آماره ماچلی در سطح $\alpha = ۰/۰۵$ برای تمامی حیطه‌ها معنادار می‌باشد پس می‌توان از ضریب کرویت ماچلی استفاده کرد.

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در خصوص پیش‌آزمون،

پس‌آزمون و آزمون پیگیری در گروه آزمایش

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری P	مجذور اتا	توان آماری
آزمون‌ها	۵۳۵	۲	۲۶۷	۵۷/۵	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی LSD پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری آزمون افسردگی در گروه آزمایش

آزمون	اختلاف میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری
پیش-آزمون- پس آزمون	۷/۵۷	۰/۹۵	۰/۰۰۱
پیش آزمون- آزمون پیگیری	۷/۵۷	۱/۰۲	۰/۰۰۱
پس آزمون- آزمون پیگیری	۰	۰/۲۱	۱

طبق نتایج حاصله، آزمون تعقیبی LSD مشخص کرد که بین دو آزمون پیش آزمون و پس آزمون در سطح $\alpha = 0/01$ تفاوت معناداری وجود دارد و نیز بین دو آزمون پیش آزمون و آزمون پیگیری در حیطه زمان در سطح $\alpha = 0/01$ تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر آموزش رویکرد پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی زنان خانه‌دار تأثیر داشته است. اما بین دو آزمون پس آزمون و آزمون پیگیری در سطح $\alpha = 0/01$ ، تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی زنان خانه‌دار پرداخته است. با توجه به جدول (۳) متغیر مستقل بر کاهش افسردگی زنان خانه‌دار تأثیر داشته است. به عبارتی رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) منجر به کاهش افسردگی زنان خانه‌دار شده است ($P < 0/01$ و $F = 42/1$).

نتایج به دست آمده در این پژوهش با نتایج پژوهش‌های زتل و هایز (۱۹۸۶) و لیری و بیچ (۱۹۹۰) همسو می‌باشد هر دو تحقیق اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را با درمان شناختی-رفتاری بر متغیر وابسته افسردگی مورد مقایسه قرار دادند و نتایج آن نشان‌دهنده اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بود. همچنین زتل و رین (۱۹۹۹) شیوه‌های درمانی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری را بر روی ۵۴ زن با تشخیص افسردگی بررسی کردند که نتایج نشان‌دهنده کاهش علائم

افسردگی در گروه پذیرش و تعهد بود. فورمن و همکاران (۲۰۰۹) درمان پذیرش و تعهد را با شناخت درمانی در مورد مراجعین سرپایی ناهمگن با میزان متوسط تا شدید اضطراب و افسردگی مقایسه کردند که نتایج آنها نشان‌دهنده اثربخشی بیشتر پذیرش و تعهد درمانی بود. رومرو و اورسیلو (۲۰۰۷) پذیرش و تعهد را برای درمان اختلال اضطراب تعمیم یافته^۱ که گزارشاتی از علائم اضطراب، افسردگی، ترس و اجتناب داشتند، استفاده کردند و مراجعان کاهش واضحی را در شدت علائم بالینی اختلال اضطراب تعمیم یافته نشان دادند. پیترسون (۲۰۰۷) در تحقیقی درمان پذیرش و تعهد را با درمان‌های رایج با هدف تمرکز بر رفتارهای اجتنابی ضعیف که به عنوان یک عامل بالقوه در فرآیند آسیب زایی این اختلالات نقش دارد، مورد مقایسه قرار داد. نتایج نشان داد افرادی که درمان پذیرش و تعهد درمانی دریافت کرده بودند، افسردگی کمتری داشتند. برانستتر و همکاران (۲۰۰۴) افرادی را که در مرحله آخر سرطان بودند در دو گروه پذیرش و تعهد درمانی و درمان شناختی-رفتاری همزمان با شیمی درمانی مورد مقایسه قرار دادند، این محققان گزارش نمودند که بیماران در گروه درمان پذیرش و تعهد کاهش چشمگیری در اضطراب، افسردگی، اندوه و پریشانی نسبت به گروه درمان شناختی رفتاری نشان دادند. نتایج به دست آمده در این پژوهش با نتایج پژوهش‌های آنها همسو بود. به نظر می‌رسد چون شرکت‌کنندگان تحت آموزش تکنیک‌های مختلف رویکرد پذیرش و تعهد درمانی برای کاهش افسردگی خود در دوره آزمایشی قرار گرفتند، این فرضیه تایید شده است. از دیدگاه پذیرش و تعهد درمانی اجتناب از تجارب، فرآیند آسیب زایی را به وجود می‌آورد. اگرچه، اجتناب تجربه‌ای، در کوتاه‌مدت اثری کاهنده در تجارب ناخوشایند دارد ولی در

بلند مدت اثرات مخرب زیادی دارد و می‌تواند به عدم انعطاف‌پذیری و نقص کارکردی منجر شود. یکی از اهداف مداخلات در این پژوهش تغییر در الگوهای اجتنابی اولیه بود. اجتناب تجربه‌ای به طور کارکردی به عنوان تلاش برای اجتناب یا فرار از آمیختن با افکار و خاطره‌های افسرده‌کننده تعریف می‌شود. به منظور پرورش پذیرش تجارب شخصی دامنه‌ای از فعالیت‌ها و استعاره‌ها از طریق عدم همانندسازی با هیجان یا گیر نیفتادن در تجارب شخصی برای آزمودنی‌ها ارائه شد. یکی از تمرین‌ها تصورکردن افکارشان بر تابلوهای نوشته شده توسط سربازان تشریفات بود. تکلیف مراجعان این بود که عبور افکار را مشاهده کنند بدون اینکه جذب آنها شوند. بدین وسیله مراجعان توانستند کوشش برای کنترل افکار و احساسات را کنار بگذارند. در عوض سعی کنند بدون قضاوت آنها را زیرنظر بگیرند و آنها را آن طور که هستند، بپذیرند، ضمن اینکه رفتارشان را به شکل سازنده در جهت بهبود زندگی تغییر دهند. مولفه پذیرش در پذیرش و تعهد درمانی برای مراجع این امکان را فراهم می‌آورد تا تجربیات ناخوشایند درونی را بدون تلاش برای کنترل آنها، احساس کند و انجام این کار باعث می‌شود تا آنها کمتر تهدیدکننده به نظر برسند و تاثیرشان بر زندگی فرد کاهش یابد.

یکی از خصوصیات افراد افسرده آمیختگی شناختی می‌باشد. این امر هنگامی اتفاق می‌افتد که فرد افکارش را موبه‌مو صحیح بداند. برای مثال اگر فرد افسرده این فکر که "من نمی‌توانم از حالت بد خارج شوم چون من خیلی افسرده هستم" را داشته باشد، آمیختگی با این فکر شامل دیدن آن به صورت کاملاً درست و دنبال کردن آن از طریق دلالت‌هایش است. در واقع بسیاری از مشکلات از تمرکز بر بافت افکار افسرده‌کننده ناشی می‌شود. بنابراین تمرکز بر

زمینه مرتبط با افکار و احساسات که منجر به رفتارهای نامطلوب گردیده بر روی آزمودنی‌ها به عنوان هدف قرار داده شد که باعث کاهش باورپذیری در شرکت‌کنندگان و در نهایت انعطاف‌پذیری آنان گردید.

تحقیقات هایز و همکاران (۲۰۰۶) نیز نشان داده است که راهبردهای زمینه‌ای از راهبردهایی که مستقیماً محتوای افکار را هدف قرار می‌دهند سریع‌تر موجب تغییر رفتار می‌گردند (به نقل از لووما و دیگران، ۲۰۰۷).

از این رو از استعارات، تمرینات، تناقض‌ها و قراردادهای زبانی پذیرش و تعهد درمانی برای توصیف اینکه ذهن نمی‌تواند تمام پاسخ‌ها را داشته باشد و یا اینکه بین خود و افکارش تمایز قائل شود، استفاده شد. در مهارت‌های گسیختگی شناختی بر مواردی چون قضاوت‌ها، تفاسیر و پیش‌بینی‌ها کار شد و در حقیقت عملکرد پنهان زبان برای آزمودنی‌ها آشکار گردید و به مراجع آموزش داده شد تا خود را از افکار و هیجانات و احساسات جدا ببینند از آموزش محدودیت‌های زبان در کشف دوباره تجارب در درمان برای ایجاد تمایز بین فرد و افکارش استفاده شد. همچنین تمریناتی به منظور حذف قدرت افکار افسرده‌کننده مراجعان هنگامی که آنها این افکار را به عنوان واقعیت درک کردند، ارائه شد.

(ادیس و جاکوبسن، ۱۹۹۶) دریافتند که افراد افسرده که احساس می‌کنند دلایل قابل قبولی برای افسرده شدن یا رفتار افسرده شان دارند، به افسردگی بیشتر گرایش داشته و در مقابل درمان مقاومت می‌کنند. تحقیقی دیگر نشان می‌دهد، افرادی که معتقدند دلایل بیشتری برای افسرده بودن دارند در واکنش به حالت افسردگی تمایل به نشخوار فکری دارند. نشخوارکردن اغلب با تلاش برای یافتن علت یا دلیل افسردگی ارتباط دارد. نشخوارکردن و الگوهای فکری تکراری از خصوصیات افراد افسرده است. این خصوصیت آنها را از تماس با

لحظه حاضر دور می‌کند و آنها را به گذشته یا آینده منفی می‌برد. یک فرد افسرده ممکن است بخواهد روابط گرمی داشته باشد اما به بیرون رفتن و ملاقات افراد تمایل ندارد. شاید به این دلیل که در حال نشخوار کردن به این فکر است که چطور افراد در گذشته به او ضربه زده‌اند اگرچه نشخوار کردن به نسبت نگرانی به نظر می‌رسد بیشتر بر گذشته متمرکز باشد ولی نرخ بالای ابتلای همزمان بین افسردگی و اختلالات اضطرابی بیان می‌کند که مراجعان افسرده اغلب برای آینده هم مشغولیت فکری دارند. یکی از ابعاد پذیرش و تعهد درمانی، زندگی کردن در زمان حال است که در جلسات درمانی مورد تاکید قرار می‌گیرد تا بدین وسیله آزمودنی‌ها متوجه افکار افسردگی‌زای خود شوند. در این راستا از مدیتیشن به منظور ایجاد توانایی در آنها برای بازگشت به لحظه کنونی و جدا کردن از نشخوار فکری استفاده شد. از این طریق آنها توانستند توانایی ماندن در زمان حال را در خود رشد دهند و پیامد آن به دست آوردن یک احساس تغییرپذیری از خودشان و کاهش نشخوار فکری بود.

مفهوم اینجا و اکنون یعنی همیشه رویدادها به طور مستقیم تجربه می‌شوند (هر کجا من می‌روم، آنجا من هستم). بنابراین محدودیت‌ها و رویدادها برای فردی که این فرآیند را تجربه می‌کند، نمی‌تواند مشکل‌آفرین باشد. به دلیل اینکه برقراری ارتباط با رویدادها از نظر اینجا و اکنون هشیارانه است. پذیرش و تعهد درمانی می‌خواهد یک خودنظاره‌گر را در بشر ایجاد کند و این کار را به واسطه فرآیندهای گسلش و ذهن‌آگاهی انجام می‌دهد. مزیت بزرگ این خودنظاره‌گر این است که زمینه‌ای محسوب می‌شود که محتوای هشیاری در آن تهدیدکننده نمی‌باشد. به عبارت دیگر خود به عنوان زمینه، پذیرش را فراهم می‌کند. مداخلات درمان پذیرش و تعهد در این زمینه به مراجع کمک می‌کنند تا مستقیماً

جنبه‌های کیفی این خود به عنوان زمینه را تجربه کنند. یکی از نشانه‌های افسردگی و بخشی از مبادله شناختی منفی تفکرات، دست‌کم گرفتن خود است. مشکل، تفکرات منفی درباره خود نیست بلکه تفکرات آمیخته شده درباره خود است. افراد افسرده برچسب‌های کلامی را به مجموعه‌ای از افکار، احساسات و حس‌های بدنی نسبت می‌دهند به طوری‌که آنها ناراحت‌کننده و اضطراب‌آور تجربه شوند. مثل "من افسرده‌ام" در این رابطه با استفاده از استعاره‌ها و تمرینات تجربی تلاش شد تا شرکت‌کنندگان در روابط خود با ارزیابی‌شان تغییر ایجاد کنند. هدف استعاره‌ها تضعیف اثر لفظی رویدادهای کلامی می‌باشد. با استفاده از استعاره‌ها مراجعان توانستند ارزیابی‌های خود را مشاهده کنند. تلاش‌های پذیرش و تعهد درمانی، کمک به افراد در تغییر روابط خود با ارزیابی‌شان به جای تغییر ارزیابی‌شان است، یعنی دیدن آنها تنها به عنوان ارزیابی نه حقایق اثبات شده است.

مراجعان بیشتر بر مشکلاتشان تمرکز می‌نمایند و توجه به رویاهای، امیدها و آرزوهای زندگی برای آنها غیرقابل انتظار است. افرادی که ممکن است خودشان را افسرده احساس کنند از زندگی به عنوان پیامد طبیعی تعقیب کردن باز می‌مانند و چه بسا حتی به اهدافی را برسند که با آنچه آنها در زندگی مهم می‌نگرند، موافق نباشد. زتل (۲۰۰۳) تعقیب اهداف ناهمخوان با ارزش‌ها و اشتباه در تعقیب اهداف ارزشی را به عنوان عوامل مهم افسردگی می‌شناسد.

در مدل پذیرش و تعهد درمانی، برطرف نمودن اجتناب‌های تجربی ضرورتاً هدف مراجع قرار نمی‌گیرد، بلکه هدف، کمک به مراجع در جهت کشف و شفاف‌سازی ارزش‌هایش می‌باشد و تا اندازه‌ای در این مورد بحث می‌شود که اجتناب از موقعیت‌های ترس‌آور با حرکت در جهت ارزش‌ها ممکن است،

تداخل کند. پذیرش به مراجع کمک می‌کند تا فعالیت‌هایی را که در جهت ارزش‌هایش است، انتخاب و راهبردهای کنترل را رها کند. در پذیرش و تعهد درمانی، تنظیم اهداف و شفاف‌سازی ارزش‌ها با اهمیت شمرده می‌شود. ارزش‌ها به عنوان مسیر کلی زندگی مطرح می‌شوند. اهداف و ارزش‌ها، انتخاب‌های خود مراجع هستند. این مرحله درمانی دو هدف مفید را تامین می‌کند: اول اینکه مراجع را تشویق می‌کند تا خودش اهداف و ارزش‌هایش را انتخاب کند و دوم اینکه اهدافی را که احتمالاً واضح نیست، برجسته می‌نماید. در زمینه کار با ارزش‌ها در این پژوهش نیز به مراجعان آموزش داده شد تا ارزش‌های خود را در حیطه‌های مختلف بررسی کنند و ضرورت آنها را در هر حیطه مشخص نمایند تا از تمرکز بر مشکلات رها شده و در مسیر ارزش‌ها حرکت کنند و در نهایت اهداف را در مسیر ارزش‌ها شناسایی کنند. پس از بحث درباره تکنیک‌های مختلف رویکرد پذیرش و تعهد و اثربخشی، هر یک از این تکنیک‌ها بر کاهش افسردگی زنان خانه دار این نتیجه حاصل شد که به طور کلی با توجه به ویژگی‌های افراد افسرده که شامل اجتناب یا فرار از آمیختن با افکار و خاطره‌های افسرده کننده، کوشش جهت کنترل افکار و احساسات، آمیختگی شناختی، نشخوارفکری و الگوهای فکری تکراری، شناخت‌های منفی، دست‌کم گرفتن خود، تعقیب اهداف ناهمخوان با ارزش‌ها و اشتباه در تعقیب اهداف ارزشی می‌باشد. مداخلات درمانی ناشی از رویکرد پذیرش و تعهد توانسته است با تغییر در الگوهای اجتنابی اولیه، افزایش پذیرش کامل حیطه وسیعی از تجارب عینی، ارتقای کیفیت زندگی، کاهش باورپذیری، انعطاف‌پذیری، تغییر قضاوت‌ها، تفاسیر و پیش‌بینی‌ها، آشکار شدن عملکرد پنهان زبان، حذف قدرت افکار افسرده کننده، کاهش نشخوار فکری، به دست آوردن احساس تغییرپذیری و

شناسایی اهداف و ارزش‌های آزمودنی‌ها تاثیرگذار باشد و منجر به کاهش افسردگی در زنان افسرده گردد.

منابع

- ۱- آزاد، ح. (۱۳۸۴)، *آسیب شناسی روانی*. تهران، انتشارات بعثت.
- ۲- ازخوش، م. (۱۳۸۷)، *کاربرد آزمون‌های روانی و تشخیص بالینی*. تهران: نشر روان، چاپ سوم.
- ۳- افروز، غ. (۱۳۸۷)، *افسردگی و روش‌های مقابله و درمان موثر، خوددرمانگری نظارتی*. تهران: نشر علم.
- ۴- پالاهنگ، ح؛ نصر، م؛ براهنی، م؛ شاه محمدی، د. (۱۳۷۵)، *بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در شهر کاشان. فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال دوم، شماره ۴.
- ۵- نوابی نژاد، ش. (۱۳۸۵)، *روانشناسی زن*. تهران: نشر علم.
- ۶- مارنات، گ. (۱۳۸۶)، *راهنمای سنجش روانی ۲*. ترجمه: پاشا شریفی و نیکخو، تهران: انتشارات سخن، چاپ دوم، (۲۰۰۳).

- 1- Beck, A. T. (1988). **Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation**. Clinical Psychology Review, translated by Jonathan harrow john wiley & sons.
- 2- Branstetter, A. D., Wilson, K. G., Hilde brand, M. & Mutch, D. (2004). Improving psychological adjustment among cancer patients: ACT and CBT. **Journal of behavior therapy**, 35,732-748.
- 3- Fletcher, L. Hayes, S. C. (2005). Relational frame theory acceptance and commitment therapy and a functional analytic definition of mind fullness. **Journal of Rational Emotional & Cognitive-Behavior Therapy**. 23(4), 315-322.
- 4- Forman, E. M. Herbert, J. & Moitra, E. (2009). A randomized controlled effective of acceptance and commitment therapy & cognitive therapy for anxiety & depression. **Journal of Behavior Modification**. 31 (6), 772-799.
- 5- Hayes, s. C. Pistorello, J. Bigland, A. (2008). Acceptance and Commitment therapy: model, data, and extension to the prevention of suicide. **Journal of Behavior and Cognitive therapy**. X, (1), 81-102.

- 6- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). **Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change**. New York: Guilford Press.
- 7- Leary, O. & Beach, S. R. (1990). ACT: Available treatment for depression and marital disorder. **Journal of marital & family therapy**. 16,127-138.
- 8- Luma, J. B. Hayes, s. E. & Walser, R. (2007). **Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills training manual for therapists**. Oakland. New Harbinger publications.
- 9- Petersen, C. L. (2007). **Treatment of comorbid depression and alcohol use disorders in an inpatient setting: comparison of acceptance and commitment therapy versus treatment as usual**. Submitted to the College of Liberal Arts and Sciences and the faculty of the Graduate School of Wichita State University of Doctor of Philosophy.
- 10- Roemer, L & Orsillo, S.M. (2007). An Open trial of an acceptance– based behavior therapy for generalized anxiety Disorder. **Journal of Behaviour Therapy**. Vol 38. Issue1.75-82.
- 11- Rowland, M. (2010). **Acceptance and Commitment Therapy for Non-Suicidal Self-Injury among Adolescents**. A Dissertation Submitted to the Faculty of The Chicago School of Professional Psychology For the Degree of Doctor of Psychology.
- 12- Whitley Lassen, E. (2010). **The effects of acceptance and commitment therapy (act) on anxiety in people with psychosis**. A Dissertation Submitted to the Faculty of the California Institute for the Degree of Doctor of Psychology in Clinical Psychology.
- 13- Zettle, R. D. (2003). Acceptance and commitment therapy VS. Systematic desensitization in treatment of mathematics anxiety. **Journal of psychological record**. 53, 197-215
- 14- Zettle, R. D., & Rains, J. C. (1999). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. **Journal of Clinical Psychology**. 45(6), 436-445.