

اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی زنان خانه‌دار

پذیرش: ۱۳۹۸/۹/۲۱

دریافت: ۱۳۹۸/۴/۴

حمزه احمدیان^۱، چنگیز رستمی^{۲*}، افشین افشار^۳، عصرین کریمی^۴، آسو اردلان^۵

۱. استادیار، گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران ۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، شبکه بهداشت و درمان شهرستان کامیاران، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران ۳. استادیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران ۴. کارشناسی ارشد آمار زیستی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران ۵. کارشناسی ارشد، مربی آموزش بهداشت، شبکه بهداشت و درمان شهرستان کامیاران، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

چکیده

مقدمه و هدف: افسردگی یک اختلال خلقی و یکی از شایعترین اختلالات روانی است که به عنوان سرماخوردگی روانی از آن یاد می‌کنند. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش افسردگی زنان خانه‌دار انجام شده است.

روش کار: روش پژوهش نیمه تجربی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مراجعه کننده به مطب روانپزشکی بیمارستان سینا شهرستان کامیاران در زمستان سال ۱۳۹۷ بود. حجم نمونه این پژوهش، ۳۰ نفر بودند که با تشخیص روانپزشک انتخاب و بصورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری قرار گرفتند. مداخلات درمانی (رویکرد پذیرش و تعهد) روی گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه و هر هفته یک بار انجام پذیرفت. گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. با استفاده از نرم افزار SPSS 20 داده‌ها با آزمون‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون کوواریانس تک متغیره نشان داد که پس از تعدیل نمرات پیش آزمون افسردگی بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌دار می‌باشد ($p=0/001$).

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در کاهش افسردگی زنان خانه‌دار مؤثر باشد. بنابراین می‌توان از این روش درمانی در کنار سایر مداخلات استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: پذیرش و تعهد، افسردگی، زنان

*نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، شبکه بهداشت و درمان شهرستان کامیاران، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

نمبر: ۸۷۳۵۵۲۲۱۱۰

تلفن: ۰۹۱۸۱۷۰۸۵۲۰

ایمیل: rostami2016@yahoo.com

مقدمه

افسردگی یا سرماخوردگی روانی یک اختلال عاطفی است که با دگرگونی‌های خلق و هیجان مشخص می‌شود. این اختلال، یک بیماری مزمن عود کننده و به طور کلی بالقوه تهدید کننده زندگی است و با علائم نارضایتی، از دست دادن توان و علایق گذشته، اعتماد به نفس پایین، احساس غم و گناه، تغییر در اشتها و الگوی خواب همراه است. شیوع آن در زنان تقریباً دو برابر مردان و در بین اختلالات روانپزشکی بالاترین شیوع طول عمر حدود ۱۷٪ را داشته است (۱).

از سوی دیگر طبق گزارشات سازمان بهداشت جهانی، افسردگی رتبه پنجم صرف هزینه‌ها را به خود اختصاص داده که تخمین زده شده تا سال ۲۰۲۰، دومین بیماری پس از بیماری‌های قلبی عروقی خواهد بود که سلامتی و حیات انسان را در سرتاسر جهان تهدید خواهد کرد (۲). این اختلال به آسیب‌های فردی و خانوادگی، تخریب شغلی و ارتباطات بین فردی و به طور کلی نداشتن تمرکز بر زندگی طبیعی منجر می‌شود. در مجموع در زمینه پیامدهای افسردگی، بنا به تأکید سازمان بهداشت جهانی، افسردگی دومین عامل اصلی ناتوانی و اختلال در عملکرد فرد در میان تمام مشکلات مربوط به سلامت فردی است (۱). بیماران با اختلال افسردگی نه تنها از علائم افسردگی رنج می‌برند، بلکه به اختلال در کیفیت زندگی و عملکرد فرد منجر می‌شود و پیامدهای آن مستقیماً بر روابط فرد با سایر اعضای خانواده اثر گذار است (۳).

افسردگی می‌تواند یک مشکل یا یک اختلال باشد. وقتی یک مشکل هیجانی ناخوشایند است، در واقع خلق‌گردایی است که خلل‌چندانی در زندگی وارد نمی‌کند. اما افسردگی می‌تواند اختلالی مستمر و شدید باشد که ناراحتی هیجانی یا اختلالی جدی در کارکرد خانوادگی، اجتماعی، تحصیلی یا شغلی ایجاد کند (۴). عوامل زیست‌شناختی، هورمونی، چرخه زندگی و عوامل اجتماعی از عوامل تشدید کننده اختلالات روانی در زنان هستند. به علاوه برخی زنان علاوه بر انجام وظایف خانه با فعالیت‌های بیرون از خانه و شاغل بودن روبه‌رو هستند، که مسائل مربوط به خود را به وجود می‌آورد. بعضی از محققین بیان می‌کنند که زنان شاغل از وضعیت بهتری در خصوص افسردگی برخوردار هستند (۵). شیوع افسردگی در طول عمر در زنان ۲۱/۳٪ و در مردان ۱۲/۷٪ است و نسبت خطر زن به مرد ۱/۷٪ است. طبق مطالعات انجام شده شیوع بیماری‌های روانی

به خصوص افسردگی و اضطراب در زنان ایرانی ۲/۵ برابر مردان ایرانی است (۶). بی‌گمان افسردگی، مشکل واقعی زنان به شمار می‌آید. زنان به این دلیل افسرده می‌شوند که در کار خانه یا شغل پایین خود پاداش کافی دریافت نمی‌کنند، یا به دلیل داشتن فرزندان خردسال از معاشرت با دیگران محرومند. برعکس زمانی که در پایگاه‌های اجتماعی بالاتری اشتغال دارند و از تحصیلات بالاتری برخوردارند، کمتر از افسردگی رنج می‌برند (۷).

برای درمان افسردگی روش‌های متعددی استفاده می‌شود که یکی از شایعترین این روشها دارودرمانی است (۸). روش دیگر درمان‌های روان‌شناختی است. الگوهای متنوعی در مورد کاهش علائم افسردگی به کار رفته است. در حال حاضر درمان‌های شناختی- رفتاری و به ویژه رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ (ACT) به عنوان روش درمانی مؤثری برای درمان و کاهش علائم روان‌شناختی افسردگی می‌باشد (۹). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های موج سوم رفتار درمانی است که توسط Hayes و همکارانش از ابتدای دهه ۱۹۸۰ معرفی و با نام اختصاری ACT شناخته شده و ریشه در فلسفه عمیقی دارد که زمینه‌گرایی عملکردی^۲ خوانده می‌شود و به لحاظ نظری، مبتنی بر نظریه چهارچوب رابطه ذهنی^۳ (RFT) است که چگونگی ایجاد رنج توسط ذهن انسان و روش‌های بی‌فایده مقابله با آن و نیز رویکردهای زمینه‌ای جایگزین برای این حوزه‌ها را تعیین می‌کنند. ACT در اصل یک رفتار درمانی است که موضوع آن عمل می‌باشد، اما نه هر عملی، بلکه عملی که اول ارزش محور باشد. این رویکرد درمانی به مراجع کمک می‌کند، آنچه واقعاً برایش مهم است را بشناسد و سپس از او می‌خواهد از این ارزش‌ها برای هدایت تغییرات رفتاری در زندگی استفاده کند. دوم، عملی که ذهن آگاهانه باشد، عملی که با هوشیاری و حضور کامل انجام می‌شود، گشوده بودن نسبت به تجربه و مشارکت کامل در آنچه انجام می‌شود. ACT نامش را از پیام اصلی‌اش می‌گیرد؛ آنچه خارج از کنترل شخصیت است را بپذیرد و به عملی که زندگی را غنی می‌سازد متعهد باشد. هدف این رویکرد کمک به مراجع برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار است در عین

1. Acceptance and Commitment Therapy
2. Functional Contextualism
3. Relational Frame Theory

با توجه به فیلترهایی که توسط روانپزشک در انتخاب نمونه‌ها اعمال گردید و تعریف جامعه آماری، نمونه‌گیری هدفمند (مبتنی بر هدف) در نظر گرفته شد. بعد از انتخاب افراد و انجام عملیات همگن‌سازی، نمونه‌ها به شیوه تصادفی به دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم‌بندی شدند. جلسات درمان ACT در ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای (بر اساس پروتکل افسردگی) به صورت هفتگی و مداخله انفرادی به مدت سه ماه از مطب روانپزشک هنگام مراجعه انجام گردید. سپس پرسشنامه افسردگی بک (Beck) به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در اختیار آنها قرار گرفت (جدول ۱).

پرسشنامه افسردگی بک

این پرسشنامه که شامل دو فرم می‌باشد، برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط Beck تدوین شد. در سال ۱۹۹۶، Beck و همکارانش برای تحت پوشش قرار دادن دامنه وسیعی از نشانه‌ها و برای هماهنگی بیشتر با ملاک‌های تشخیصی اختلال‌های افسردگی، راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، یک تجدید نظر اساسی در آن انجام دادند. مقایسه بین فرم یک و دو نشان می‌دهد که اولاً مراجعان در پاسخ دادن به فرم دو، یک یا دو نشانه را بیش از فرم اولیه تأیید می‌کنند و ثانیاً آزمودنی‌های سطوح بالاتر افسردگی، بیش از افسرده‌های سطوح پایینتر، نشانه‌ها را تأیید می‌کنند (۱۴). پرسشنامه افسردگی، یک نوع آزمون خودسنجی است و در ۱۰ تا ۱۵ دقیقه تکمیل می‌شود و درجه‌های مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید، تعیین می‌کند. دامنه نمره‌های پرسشنامه از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است. Beck و همکاران در سال ۱۹۶۶ ضریب اعتبار بازآزمایی آزمون در فاصله یک هفته‌ای را ۹۳٪ بدست آوردند. 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 ۷۸٪ به دست آوردند (۱۵). در پژوهش‌های دیگر اعتبار این پرسشنامه بین ۷۰٪ تا ۹۰٪ گزارش شده است (۱۶).

تجزیه و تحلیل آماری

تحلیل داده‌ها با روش آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، درصد و فراوانی) و آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس با استفاده از SPSS 20 صورت گرفت.

پذیرش رنجی که زندگی ناچاراً با خود دارد (۱۰). ACT از شش فرآیند اصلی یعنی پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان حال خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه برای انعطاف پذیری روان شناختی استفاده می‌کند (۱۱). هدف نهایی پذیرش و تعهد کمک به افزایش انعطاف پذیری روانشناختی است (۱۲). نتایج پژوهش‌های اشجع و همکاران در سال ۱۳۹۱ نشان داده که استفاده از ACT موجب کاهش علائم افسردگی می‌شود (۱۳). اگرچه تحقیقات زیادی در زمینه افسردگی صورت گرفته ولی در جامعه مورد هدف ما که از لحاظ فرهنگی ممکن است با جوامع دیگر متفاوت باشد کمتر تحقیقی به افسردگی در زنان خانه‌دار پرداخته است. با توجه به این که مشکل افسردگی مخصوصاً 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. ACT با تحقیقات بسیاری در کشورهایی چون آمریکا، کانادا ارزیابی و مشخص گردیده که در مقایسه با درمان‌های دارویی و بسیاری از درمان‌های روانشناختی به طور قابل ملاحظه‌ای سبب بهبود و سلامت روان گردیده است. بنابراین از آنجایی که میزان این اختلال در زنان شایعتر از مردان است، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی زنان خانه‌دار صورت گرفته است.

روش کار

پژوهش حاضر کاربردی و از جمله طرح‌های نیمه آزمایشی پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه زنان خانه‌دار شهرستان کامیاران می‌باشد که به مطب روانپزشک کلینیک تخصصی بیمارستان سینا در زمستان ۱۳۹۷ مراجعه می‌کردند. تعداد ۳۰ نفر از زنان خانه‌دار هنگام مراجعه به مطب روانپزشک با تشخیص روانپزشک و بصورت تصادفی انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل: رضایت از شرکت در مطالعه، زنانی که حداقل دارای تحصیلات سوم راهنمایی باشند، تأهل، تشخیص اختلال افسردگی توسط روانپزشک، عدم سابقه بیماری یا مصرف داروی روان‌گردان، عدم بستری شدن در بیمارستان روانی بود. معیارهای خروج مطالعه عبارت بودند از: عدم شرکت در جلسات، عدم انجام تمرینات.

نتایج

معیار آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است. براساس نتایج آزمون T برای گروه‌های مستقل، در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری بین میانگین گروه‌ها وجود ندارد ($P=0/869$). ولی در مرحله پس‌آزمون، تفاوت معنی‌دار می‌باشد ($p=0/001$).

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کننده‌ها در گروه آزمایش $35/2 \pm 4/11$ و در گروه کنترل $37/1 \pm 3/19$ بود. از نظر تحصیلات در گروه آزمایش، زیر دیپلم ۵ نفر (۳۳/۳٪)، دیپلم ۷ نفر (۴۶/۷٪)، دانشگاهی ۳ نفر (۲۰٪) و در گروه کنترل، تحصیلات زیر دیپلم ۴ نفر (۲۶/۷٪)، دیپلم ۸ نفر (۵۳/۳٪) و دانشگاهی ۳ نفر (۲۰٪) بودند. در جدول ۲ میانگین و انحراف

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (پترسون و همکاران، ۲۰۰۹) (۱۷)

جلسات	موضوع جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	مقدمه و دستور جلسه درمان	برقراری رابطه درمانی-بیان قوانین گروه-آشنا نمودن با موضوع پژوهش-توضیح مختصر در مورد افسردگی و علائم آن
جلسه دوم	تغییر رفتار و ذهن آگاهی	ارزش‌های بالقوه و مسئله انتخاب- معرفی مفهوم تغییر رفتار- بیان تفاوت افکار، احساسات و عمل تمرین ذهن و ارائه تکلیف
جلسه سوم	ارزش‌ها	تعریف پذیرش-شناسایی ارزش‌ها و بحث در مورد آن- پذیرش وقایع شخصی بدون درگیری با آنها ذهن آگاهی و ارائه تکلیف
جلسه چهارم	شفاف سازی ارزش‌ها و اهداف	شفاف‌سازی ارزش‌ها- تبیین اهداف و معرفی عمل متعهدانه-توضیح درباره اجتناب و آگاهی از وقایع ذهن آگاهی و ارائه تکلیف
جلسه پنجم	گسستگی	یکنواخت کردن حرکت- گسستگی از تهدیدهای زبان- آگاهی از دریافت حسی مختلف- ذهن آگاهی و ارائه تکلیف
جلسه ششم	عمل متعهدانه	مرور زمان- عمل متعهدانه-ذهن آگاهی و تمرین خود مشاهده گری (توجه به محتوای افکار ولی نجسپیدن به آن)- ارائه تکلیف
جلسه هفتم	رضایت	تعهد و موانع شکل‌گیری رضایت-ذهن آگاهی در پیاده روی و ارائه تکلیف
جلسه هشتم	ایجاد الگوهای انعطاف پذیر	کاربرگ عمل متعهد
جلسه نهم	خود به عنوان زمینه در این رابطه	طبیعت انتخاب و توانایی پاسخ تجربه داشتن
جلسه دهم	پذیرش و اقدام متعهد	بازبینی تمایل عاطفی در یک زمینه متعهد
جلسه یازدهم	آمادگی برای خاتمه	آموزش به درمانجو که خود به درمانگر باشد
جلسه دوازدهم	ختم جلسات و نتیجه‌گیری	شفاف سازی ارزش‌ها، نتیجه‌گیری و خداحافظی

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیر افسردگی در گروه آزمون و کنترل

مرحله	گروه‌ها	انحراف معیار \pm میانگین	مقدار T	سطح معنی داری
پیش آزمون	گروه آزمایش	۲۱/۸۰ \pm ۲/۱۱	۰/۱۶۶	۰/۸۶۹
	گروه کنترل	۲۱/۶۷ \pm ۲/۲۸		
پس آزمون	گروه آزمایش	۱۸/۲۰ \pm ۲/۶۶	۵/۰۹	۰/۰۰۱
	گروه کنترل	۲۱/۵۳ \pm ۱/۹۹		

همگنی واریانس‌ها رعایت شده است. همچنین نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف حاکی از رعایت پیش فرض توزیع نرمال داده‌ها می‌باشد ($P=۰/۶۳۷$). با توجه به مقدار F مشاهده شده ($F=۳/۹۷$, $P=۰/۰۵۷$) فرض همگنی شیب رگرسیون نیز برقرار می‌باشد، بنابراین می‌توان آزمون کوواریانس تک متغیره را انجام داد که نتایج این آزمون در جدول ۳ ارائه گردیده است.

به منظور تحلیل استنباطی داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیره استفاده شد که ابتدا پیش فرض‌های آن شامل همگنی واریانس با استفاده از آزمون لوین، نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف و همگنی شیب رگرسیون انجام شد که نتایج در جدول ۳ گزارش شده است. با توجه به معنی دار نبودن آزمون لوین ($P=۰/۷۹۵$).

جدول ۳. بررسی پیش فرض‌های کوواریانس برای متغیر پژوهش

متغیر	آزمون همگنی واریانس		بررسی نرمال بودن داده‌ها			همگنی شیب رگرسیون		
	درجه	مقدار F	سطح	درجه	مقدار	سطح	درجه آزادی	مقدار F
افسردگی	۱	۰/۰۷	۰/۷۹۵	۱	۰/۷۴	۰/۶۳۷	۱	۳/۹۷
			معناداری	آزادی	آماره	معناداری		معنی داری

جدول ۴. تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات افسردگی گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
نمره پیش‌آزمون	۲/۴۶	۱	۲/۴۶	۰/۷۶	۰/۳۹۲
گروه	۸۴/۱۵	۱		۲۵/۹۱	۰/۰۰۱
خطا	۸۷/۶۷	۲۷	۳/۲۵		

مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت نمودند؛ نسبت به افسردگی گروه کنترل به طور معنی‌داری کاهش یافت. نتایج بدست آمده از این پژوهش با نتایج مطالعات Hayes، Zettle و همکاران همسو می‌باشد. هر دو تحقیق اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد را با درمان شناختی- رفتاری بر متغیر وابسته افسردگی مورد مقایسه قرار دادند و نتایج آن نشان دهنده اثر بخشی پذیرش و تعهد بود (۱۸، ۱۹).

طریق بررسی‌های به عمل آمده از طرف پژوهشگران، نتایج پژوهش حاضر با پژوهش اشجع و همکاران که به بررسی

بر اساس نتایج جدول شماره ۴ مقدار F مشاهده شده با درجه آزادی $df=1,27$ ($F=۲۵/۹۱$) از مقدار بحرانی جدول بزرگتر و در سطح ($P=۰/۰۰۱$) معنی دار می‌باشد. در نتیجه برنامه آموزشی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش افسردگی زنان گروه آزمایش تأثیر دارد.

بحث

پژوهش حاضر به اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی زنان خانه‌دار شهر کامیاران پرداخته است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد افسردگی گروه آزمایش که درمان

در این درمان، تمرین‌های پذیرش و بحث‌های پیرامون ارزشها و اهداف فرد همگی باعث کاهش افسردگی زنان خانه‌دار شد. این درمان به افراد آموزش داد چگونه عقاید اجتنابی خود را رها کنند و به‌جای تلاش برای کنترل، آنها را بپذیرند. اگرچه اجتناب تجربه‌ای، در کوتاه‌مدت اثری کاهنده در تجارب ناخوشایند دارد ولی در بلندمدت اثرات مخرب زیادی دارد و می‌تواند به عدم انعطاف‌پذیری و نقص کارکردی منجر شود. در این درمان افراد تشویق می‌شوند تا رفتارشان را بر اساس اینکه آیا استراتژی‌هایی که به کار می‌برند موفقیت‌آمیز است؛ ارزیابی کنند. استراتژی‌های موفقیت‌آمیز معمولاً استراتژی‌هایی هستند که به افراد کمک می‌کند بر اساس ارزشهایشان عمل کنند (۱۸).

ایجاد انعطاف‌پذیری از طریق تمرکز بر روی زمینه مرتبط با افکار و احساسات منجر به رفتارهای مطلوب گردیده و همچنین باعث کاهش باورپذیری افراد افسرده می‌شود. به-علاوه، یکی از علتهای افسردگی شناخت‌های منفی نسبت به توانایی‌های خود می‌باشد. در ACT مراجعین را به این سمت هدایت می‌کنند تا خود را جدای از افکار و هیجانات خویش ببینند که این باعث اصلاح شناخت‌های منفی می‌شود. در درمان پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف‌پذیری روانی، میانجی بهبود مشکلات روانشناختی مانند افسردگی می‌باشد (۲۶).

بیماران افسرده معمولاً به دنبال دلیل آوردن برای افسردگی هستند که این منجر به افزایش نشخوار فکری می‌شود و تجارب خود را مورد انتقاد منفی قرار می‌دهند. در درمان پذیرش و تعهد، از طریق تمرین‌های ذهن‌آگاهی، خود مشاهده‌گری و آگاهی از وضع اندام و تغییر و اصلاح ارتباط فرد با افکارش تقویت می‌شود که در این راستا در جهت افزایش پذیرش افکار، باورها، احساسات و دریافت‌های حسی و بدنی تلاش می‌شود (۱۹).

اگرچه تحقیقات زیادی در زمینه افسردگی انجام شده ولی کمتر تحقیقی به افسردگی در زنان خانه‌دار پرداخته است (۲۷). با توجه به اینکه مشکل افسردگی مخصوصاً 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.

این پژوهش مانند هر پژوهش دیگر محدودیت‌هایی از جمله، محدودیت در روایی بیرونی داشت. جامعه پژوهش حاضر

اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی زنان خانه‌دار شهر تهران پرداخته است، همسو می‌باشد. اشجع و همکاران به این نتیجه رسیدند که متغیر مستقل بر کاهش افسردگی زنان خانه‌دار تاثیر داشته؛ به عبارتی رویکرد پذیرش و تعهد ACT منجر به کاهش افسردگی زنان خانه‌دار شده است (۱۳).

نتایج پژوهش بسطی و همکاران نشان داد که مداخله درمانی پذیرش و تعهد، در کاهش میزان علائم افسردگی در بیماران نظامی مبتلا به دیابت نوع ۲ مؤثر است (۲۰).

همچنین نتایج پژوهش صبور و کاکابرایی نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به بهبود و کاهش علائم شدت درد، افسردگی و استرس زنان می‌گردد و نیز از طریق ایجاد و توسعه پذیرش و افزایش عمل به ارزشها در مراجعان، تغییرات درمانی را ایجاد می‌کند (۲۱).

از دلایل اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش میزان افسردگی در زنان خانه‌دار در این پژوهش می‌تواند این موضوع باشد که الگوهای شناختی و رفتاری ناکارآمد و افسردگی‌زا عمدتاً از قبل در این افراد وجود دارد و به دلایلی از جمله خانه‌داری، این مساله تشدید می‌شود. و افراد به طور اعم و زنان خانه‌دار به طور اخص افسردگی را به مسائل مقطعی زندگی خود نسبت می‌دهند (۲۲).

اگر مردم صفات منفی را به خودشان نسبت بدهند و برای رفتارشان عللی منفی بیابند، ممکن است موجبات تخریب و صدمه دیدن خویش را فراهم آورند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، الگویی برای بازآموزی مراجعان است. بر این اساس، بازسازی شناختی و ارائه چک‌لیست فعالیت‌های مثبت و سازنده هفتگی و همچنین آموزش چگونگی روبه‌رو شدن به نقاط مثبت و منفی خود، افسردگی را به میزان چشمگیری در زنان خانه‌دار کاهش می‌دهد (۲۳).

در تبیین اثربخشی ACT بر کاهش افسردگی چندین احتمال را می‌توان مدنظر قرار داد. از جمله اینکه مداخلات ACT، تغییر در الگوهای اجتنابی را مورد هدف قرار می‌دهد و در طول مداخلات، کاهش اجتناب‌های تجربی به عنوان میانجی تغییر در نشانه‌های افسردگی می‌باشد. اجتناب، به عنوان تلاش برای فرار از افکار و خاطره‌های افسرده کننده تعریف می‌شود. که از طریق این درمان فرد به افسردگی خودآگاه می‌گردد (۲۴).

(۲۵)

است. پیشنهاد می‌شود با راه‌اندازی کانون‌هایی در سطح محلات و کارآفرینی برای زنان خانه‌دار، افزایش آگاهی مردم در خصوص راهکارهای کاهش افسردگی، اعزام روان شناس به مراکز بهداشتی درمانی، اختصاص پارک‌های مخصوص بانوان در نقاط مختلف شهر و مجهز کردن آنها به وسایل ورزشی به حل این مشکل در سطح جامعه کمک کرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره ۱۴۹ و کد اخلاق IR.MUK.REC.1397/149 است که بدینوسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کردستان تقدیر می‌شود.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

References

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. 11nd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015: 120-3.
2. Mohammadian E, keshavarzi F, Farzad VA, Salehi M. The Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on marital satisfaction among depressed women. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2015;17(2): 26-35. (in Persian)
3. Ishak WW, Balayan K, Bresee C, Greenberg JM, Fakhry H, Christensen S, et al. A descriptive analysis of quality of life using patient-reported measures in major depressive disorder in a naturalistic outpatient setting. Quality of Life Research. 2013;22(3):585-96.
4. Clark L, Robb J. SOS Help for Emotions: Managing Anxiety, Anger, and Depression: Parents Press. 3nd e. Bowling Green, KY: SOS Programs & Parents Press; 2017: 23-5.
5. Soomro R, Riaz F, Naved S, Soomro FH. Comparative analysis of depression among housewives and working women in Bilal colony of

شامل زنان خانه‌دار مراجعه کننده به مطب روانپزشک بیمارستان سینا شهرستان کامیاران بود؛ لذا در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط رعایت شود. از دیگر محدودیت‌های پژوهش عدم مقایسه با درمان‌های دیگر و عدم امکان پیگیری درمان در طول دوره مشخص، می‌باشد. در تحقیقات آتی پیشنهاد می‌شود این درمان روی افسردگی و اختلالات دیگر همراه با پیگیری و بر روی گروه‌های دیگر بررسی شود تا با اطمینان بیشتری اثربخشی این درمان در موقعیت‌های زمانی و مکانی دیگر برآورد شود.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج این پژوهش درمان پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی زنان خانه‌دار تأثیر داشته و منجر به کاهش افسردگی زنان خانه‌دار شده‌است. زنان خانه‌دار به علت یکنواختی زندگی، انجام فعالیت‌های محدود در خانه و تنها بودن در خانه اکثر اوقات افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند. حضور زنان در اجتماع و شاغل بودن آنها باعث می‌شود زندگی پویاتری داشته و از یکنواختی خارج شوند. بنابراین رسیدگی به این مشکل و برنامه‌ریزی برای رفع آن از اهمیت زیادی برخوردار

- Kornagi area Karachi. Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business 2012; 3(11):354-9.
6. Sadeghi R, Zareipour MA, Akbari H, KhanBeygi M. Mental health and associated factors amongst women referred to health care centers. Journal of Health & Care 2012; 13(4):1-9. (in Persian)
7. Navabinejad Sh. Woman psychology. 2nd ed .Tehran: Elm Publicaton; 2007:31-5. (in Persian)
8. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD, Kabat-Zinn J. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression. 4nd ed. Washington: American Psychological Association; 2012:200-300.
9. McCracken LM, Vowles KE. Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: model, process, and progress. The American Psychologist. 2014; 69(2):178-87.
10. Izadi R, Abedi M. Acceptance and commitment therapy. 3nd ed. Tehran: Jungle; 2013:10-146. (in Persian)
11. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy:

- model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*. 2006; 44(1):1-25.
12. Pourabdol S, Sobhigharamaleki N, Bastam M, Ghazanfari H. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy in Decreasing Academic procrastination Among Students with Specific Learning Disorder (SLD). *Biquarterly Journal of Cognitive Strategies in Learning*. 2016; 4 (6): 157-70. (in Persian)
13. Ashjaa M, Farahbakhsh Q, Sedrpoushan N, Sotoudeh Z. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on decreasing housewife's depression. *Journal of Cultural-Educational of Women and Families*. 2012; 7(19): 167-79. (in Persian)
14. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the Beck depression inventory*. 2nd ed. San Antonio: TX: The Psychological Corporation; 1996:7-37.
15. Tashakkori A, Barefoot J, Mehryar AH. What does the beck depression inventory measure in college students? Evidence from a non-western culture. *Journal of Clinical Psychology*. 1989;45(4):595-602.
16. Azkhosh M. *Application of psychological tests and clinical diagnostic*. 3rd ed. Tehran: Ravan; 2008: 224-26. (in Persian)
17. Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2009; 16(4): 430-42.
18. Zettle RD. Acceptance and commitment therapy VS. Systematic desensitization in treatment of mathematics anxiety. *Journal of Psychological Record*. 2003; 53: 197-215.
19. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press. 2005; 154-58.
20. Azkhosh M. *Application of psychological tests and clinical diagnostic*. 3rd ed. Tehran: Ravan; 2008; 20(2): 224-6. (in Persian)
21. Bastami M, Goodarzi N, Dowran B, Taghva A. Effectiveness of treatment acceptance and commitment therapy (ACT) on the reduction of depressive symptoms of military personnel with type 2 diabetes mellitus. *Ebnesina- Iriaf Health Administration*. 2016; 18 (1): 11-18. (in Persian)
22. Sabour S, Kakabraee K. The Effectiveness of cceptance and Commitment Therapy on Depression, Stress and Indicators of Pain in Women with Chronic Pain. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2016: 8(2)4. (in Persian)
23. Garadaghi A. Comparison of the Effect of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) with Interpersonal Therapy (IPT) on Reducing Depression in Pregnancy and Increasing Marital Satisfaction in Pregnant Patients in Vali-Asr Reproductive Health Research Center [Doctoral Dissertation]. Tehran: Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabaei University; 2014; 31(8): 117-39. (in Persian)
24. Goodman SH, Tully EC. Recurrence of depression during pregnancy: Psychosocial and personal functioning correlates. *Depression and anxiety*. 2009; 26(6): 557-67. (in Persian)
25. Cheraghian H, Heidari N, Ghedami SA, Zarei BH. Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on Depressed Pregnant Women, *Community Health Journal*. 2016; 9(2): 56-64.
26. Forman EM, Herbert JD, Moitra E, Yeomans PD, Geller PA. A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification* 2007; 31(6): 772-99.
27. Lappalainen R, Lehtonen T, Skarp E, Taubert E, Ojanen M, Hayes S. Preliminary controlled effectiveness trial: the impact of CBT and ACT models using psychology trainee. *Behavior Modification* 2007; 31(2): 488-511.

The study of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Depression in housewives

Received: 25 June 2019

Accepted: 12 Dec 2019

Ahmadian H¹, Rostami CH^{2*}, Afshar A³, Karimi A⁴, Ardalan A⁵

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran 2. MSc of Clinical Psychology, Health Network of Kamyaran, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran 3. Assistant Professor, Department of Psychiatry, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

4. MSc of Biostatistics, Social Determinants of Health Research Center, Reserch Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran 5. MSc of Health Education, Health Network of Kamyaran, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

Abstract

Introduction: Depression is a mood disorder and one of the most common mental disorders that is referred to as mental cold. The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on depression in housewives.

Materials and Methods: The research method was quasi-experimental and a pre-test-post test with control group. The statistical population included all women referred to the psychiatric clinic of Sina Hospital in Kamyaran city in the winter of 2017. The sample of this study was 30 people who were selected by psychiatrist's diagnosis and randomly divided into two groups of 15 people. Therapeutic interventions (acceptance and commitment approach) were performed on the experimental group during 12 sessions and once a week. The control group did not receive any training. Data were analyzed by SPSS-20 software using descriptive statistics and covariance analysis.

Results: The results of data analysis using univariate covariance test showed that after adjusting the pre-test scores for depression there was a significant difference between the experimental and control groups ($p=0.001$)

Conclusion: Acceptance and commitment therapy can be effective in reducing the depression of housewives. Therefore, this treatment method can be used along with other interventions.

Keywords: Acceptance and Commitment, Depression, Women

Corresponding Author: MSc of Clinical Psychology, Health Network of Kamyaran, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

Email: rostami20162@yahoo.com

Tel: +989181708520

Fax: 08735522110