



The Present Study was Conducted with the Aim of Investigating the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Improving Mood Symptoms of Depression in Abused Women

Atousa Ghahraman¹, Vahid Banisi^{2*}, Parenaz Banisi³

1 Islamic Azad University West Tehran Branch - Payambar-e Azam Complex

2 Doctorate in Educational Management, Isfahan Islamic Azad University (Khorasgan), Isfahan, Iran

3 Professor, Educational Management, Islamic Azad University, Tehran West Branch, Tehran, Iran

* Corresponding author: vahid.banisi@gmail.com

Received: 2023-10-09

Accepted: 2023-10-25

Abstract

The present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of acceptance and commitment therapy on improving mood symptoms of depression in abused women in 1402. The design of this research is semi-experimental and pre-test-post-test with a control group. The statistical population of this research includes abused women aged 20 to 30 under the support of Sarai Gohar charity in Tehran, who have major or chronic depressive disorder according to the confirmation of the psychologist. The sample size in this research is 30 people and the sampling was done using available sampling method. The samples are randomly divided into two experimental groups and a control group (15 people in each group). Research tools include Beck Depression Questionnaire and Value Selection Questionnaire, and the desired variables are low self-esteem, despair and difficulty in making decisions. The intervention consists of 8 sessions of forty-five minutes of treatment based on acceptance and commitment to the experimental group. In order to check the normality of pre-test and post-test data, Shapiro-Wilk test and Levin test were used. To analyze the findings of this research, analysis of covariance (ANCOVA) was used using SPSS software version 22.0. The analysis of the findings shows that the experimental group after receiving the treatment intervention based on acceptance and commitment shows a significant difference compared to the control group in the studied variables. Therefore, it can be concluded that treatment based on acceptance and commitment is an effective intervention in reducing mood symptoms of depression in abused women.

Keywords: Abused women, Treatment based on acceptance and commitment, Mood symptoms of depression

© 2023 Journal of School Education in the Third Millennium (JSETM)



This work is published under CC BY-NC 4.0 license.

© 2022 The Authors.

How to Cite This Article: Banisi, V. (2023). The Effectiveness of Self-Expression Training on Social Acceptance and Psychological Capital of School Students in Tehran . *JSETM*, 1(2): 43-54.





اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت) بر بهبود علائم خلقی افسردگی زنان بدسرپرست

آتوسا قهرمان^۱، وحید بنیسی^{۲*}، پریناز بنیسی

^۱ کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب، تهران، ایران

^۲ کتری تخصصی مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

^۳ دانشیار مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: vahid.banisi@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۸/۰۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۷/۱۷

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود علائم خلقی افسردگی زنان بدسرپرست در سال ۱۴۰۲ صورت گرفته است. طرح این پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان بدسرپرست ۲۰ تا ۳۰ ساله خبیره ای در شهر تهران است که دارای اختلال افسردگی هستند. حجم نمونه در این پژوهش ۳۰ نفر است. نمونه گیری با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس صورت گرفته است که بطور تصادفی به دو گروه آزمایش و گروه کنترل تقسیم شده اند (هر گروه ۱۵ نفر). ابزارهای پژوهشی شامل پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه ارزش گزینی است و متغیرهای مورد نظر عزت نفس پایین، ناامیدی و دشواری در تصمیم گیری می باشد. مداخله شامل ۸ جلسه چهل و پنج دقیقه ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به گروه آزمایش است. به منظور بررسی نرمال بودن داده های پیش آزمون و پس آزمون، از آزمون شاپیرو ویلک و آزمون لوین استفاده شده است. جهت تحلیل یافته های این پژوهش از تحلیل کوواریانس (آنکووا) با استفاده از نرم افزار اس پی اس ویرایش ۲۲.۰ استفاده شده است. تحلیل یافته ها بیانگر این نکته است گروه آزمایش پس از دریافت مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تفاوت معنی داری نسبت به گروه کنترل در متغیرهای مورد بررسی نشان می دهد. بنابراین می توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله اثرگذار در کاهش علائم خلقی افسردگی در زنان بدسرپرست می باشد.

واژگان کلیدی: زنان بدسرپرست، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، علائم خلقی افسردگی

تمامی حقوق نشر برای فصلنامه آموزش مدارس در هزاره سوم محفوظ است.

شیوه استناد به این مقاله: بنیسی، و (۱۴۰۲) اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت) بر بهبود علائم خلقی افسردگی زنان بدسرپرست. فصلنامه آموزش مدارس در هزاره سوم، ۱(۲): ۴۳-۵۴.

مقدمه

زنان در جامعه بشری رکن مهمی را برخوردارند و نقشی سازنده‌ای را در جایگاه همسر و مادر ایفا می‌کنند. امروزه در جامعه ایران، ما با درصدی از زنان با نام بدسرپرست و یا بی‌سرپرست مواجه هستیم. بیشتر این زنان مشکلات عدیده‌ای دارند که موجب شده است این زنان به عنوان قشری آسیب پذیر شناخته شوند و هر کدام از آنان با مشکلات روانی متعددی روبه رو شوند (شهشهانی و صف آرا، ۱۴۰۱). زنان بدسرپرست^۱ جزو اقشار آسیب‌پذیر هر اجتماعی به حساب می‌آیند و ممکن است درگیر مشکلات زیادی مانند مشکلات اقتصادی، عاطفی و روانی باشند (امینی و حسن‌زاده، ۱۴۰۰). طولانی شدن فشارها بر زنانی که احساس می‌کنند از حمایت مناسبی برخوردار نیستند و زندگی آنها دستخوش بحران و نابه‌سامانی شده است، زمینه بروز هیجانات و اختلالاتی چون افسردگی^۲ را فراهم می‌آورد (پوردل و سودانی، ۱۴۰۰). افسردگی نوعی اختلال بالینی است که در آن فرد رنجی عظیم می‌کشد و احساس غم در این اختلال رایج است (خالقی کیادهی، مفاخری و یمینی، ۱۴۰۰). بیمار ممکن است بگوید احساس اندوه، نومیدی، غمگینی، یا بی‌ارزشی می‌کند. فرد افسرده، خود را آدم بی‌ارزشی می‌بیند و در این میان شدت افسردگی هرچه بیشتر باشد، احساس بی‌ارزش بودن هم بیشتر می‌شود. براساس پژوهش اخیر دکتر Beck (۱۹۶۷)، بیش از هشتاد درصد بیماران افسرده، خود را انسان بی‌ارزشی می‌دانند^۳. تحقیقات دکتر بک نشان داد که بیماران افسرده، بخصوص در زمینه‌هایی مثل هوش، توفیق، اشتها، جذابیت، سلامت، و توانایی که برایشان بیشترین ارزش‌ها را دارد، احساس ناتوانی می‌کنند (Beck، ۱۹۶۷). از نظر بیمار خلق افسرده واجد کیفیت مشخصی است که آن را از احساس طبیعی دلنگی یا سوگ متمایز می‌کند. بیمار اغلب علائم افسردگی را علائم نوعی درد مشقت‌بار هیجانی توصیف می‌کند. از سوی دیگر گاهی وی افسردگی را یک بیماری جسمی می‌داند، که در آن احساس تخلیه‌ی انرژی و بی‌انگیزگی می‌کند. گروهی دیگر اظهار می‌کنند که احساس حقارت دارند، نمی‌توانند گریه کنند و تجربه‌ی هر نوع لذتی را دشوار می‌دانند (Kaplan و Sadock، ۲۰۲۲). این اختلال خلقی با احساس غمگینی و از دست دادن علاقه‌ی مداوم همراه است (Martin و همکاران ۲۰۲۱). شیوع اختلال افسردگی حدود ۷ درصد است که در زنان ۳ برابر مردان می‌باشد. طیف این اختلال در ایران بین ۱۱/۳ و ۲۳/۸ درصد در نوسان است. زنان مبتلا به افسردگی با مشکلات جسمی و هم‌چنین مشکلاتی نظیر درماندگی، افکار منفی و اضطراب رو به رو هستند (خالقی کیادهی و همکاران، ۱۴۰۰). با توجه به پیامدهای منفی علائم خلقی افسردگی در بین افراد جامعه،

خصوصاً زنان بدسرپرست، به کارگیری مداخلات درمانی‌ای که بتواند در بهبود اختلالات روانی مؤثر باشد، مسأله مهم و ضروری است. در همین راستا، راهکارهای درمانی متفاوتی را جهت بهبود علائم افسردگی ارائه داده‌اند که یکی از این روش‌های مؤثر، درمان پذیرش و تعهد است (حسین لو و همکاران، ۱۴۰۰). درمان مبتنی بر تعهد-پذیرش^۴ (اکت) یکی از رفتاردرمانی‌های مبتنی بر توجه-آگاهی است که اثربخشی آن برای درمان طیف گسترده‌ای از وضعیت‌های بالینی معلوم شده و فرض بر این دارد که فرآیندهای روانشناختی ذهن انسان اغلب مخرب و موجب رنج روانشناختی هستند. از این دیدگاه، تجربه افکار، احساس‌ها، خاطره‌ها، امیال، حواس، تصویرها، نقش‌ها یا حتی بدن فیزیکی چیزی متفاوت از خود فرد است. این پدیده‌ها تغییر می‌کنند، اما خود فرد پیوسته ثابت است. ارزش‌ها و عمل متعهدانه بدین معنا هستند که فرد آنچه را که برای او مهمترین و عمیق‌ترین است، تشخیص دهد، بر مبنای آن هدف‌هایی را تنظیم کند و برای رسیدن به آنها متعهدانه و مؤثر عمل کند (Sloshower و همکاران، ۲۰۲۱). در دیدگاه رویکرد پذیرش و تعهد، افسردگی در نتیجه‌ی کارکرد لبه‌ی تاریک ذهن و تقویت آن به وسیله‌ی فردی که دردسرهایی را در زندگی خود تجربه کرده است به وجود می‌آید و رویکرد پذیرش و تعهد به زیبایی این کارکرد را بامؤلفه‌های پذیرش، توجه آگاهی و به ویژه فنون گسلس به چالش می‌کشد. رویکرد پذیرش و تعهد با مؤلفه ناامیدی‌سازنده به پیشواز درمان افسردگی می‌رود تا فرد با پذیرش، آن را در آغوش گیرد، با توجه آگاهی آرامش کند، با گسلس از او دور شود و تا جایی که بتواند محتوای وجودی خویش را از افکارش جدا کند، سپس ارزش‌ها را برجسته می‌سازد تا با پای بندی به اهداف، فرد را برای جست و جوی زندگی بالنده، یاری دهد (روغنجی و همکاران، ۱۴۰۰). در مجموع می‌توان گفت، هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، حرکت از انعطاف ناپذیری روان شناختی به سمت انعطاف پذیری روان شناختی است. اصول زیربنایی درمان پذیرش و تعهد شامل پذیرش یا تمایل به تجربه رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آن‌ها، عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنی‌دار شخصی پیش از حذف تجارب ناخواسته است (Thompson و همکاران، ۲۰۲۱). برخی مطالعات انجام شده در پیشینه پژوهشی، اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر علائم خلقی افسردگی مورد تأیید قرار می‌دهند (قربانی و فرخزاد، ۱۴۰۱)، مؤدی و همکاران (۱۴۰۱)، شیرینی و همکاران (۱۴۰۰) محسنی و همکاران (۱۴۰۰)، فرخزادیان و همکاران (۱۳۹۸)، Daniel و همکاران (۲۰۲۲)، Fernández-Rodríguez و همکاران (۲۰۲۲). اما مطالعات

نتایج، آزمونگر باید نمراتی را که آزمودنی با کشیدن دایره مشخص کرده است، با یکدیگر جمع کند. باید یادآور شد که فقط یک جمله از هر ماده که بالاترین ارزش را دارد، مورد قبول در محاسبات است. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در این تست ۰ تا ۶۳ است. نمره کل نشان دهنده سطح افسردگی است. طبقه بندی نمرات به این شرح است: ۰ تا ۱۳ انکار یا کمترین میزان افسردگی، ۱۴ تا ۱۹: افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸: افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳: افسردگی شدید از هنگام تدوین تست افسردگی بک^۵ تاکنون، ارزیابی های بسیاری توسط پژوهشگران و پژوهشگران در مورد آن صورت گرفته است. "Goldman و همکاران" در سال ۱۹۶۵ به منظور دست یابی به میزان افتراقی افسردگی در میان دو گروه افسرده و سالم به این نتیجه دست یافتند که عدد ۱۷، عدد مناسب افتراقی بین این دو گروه است. "Mee و همکاران"، ۱۹۶۹، تاکید کردند که این آزمون از نظر تشخیصی دارای روایی بوده و قادر به پیش بینی است. Beck، Garbin و steer (۱۹۸۸)، در یک تحلیل سطح بالا از کوشش های مختلف برای تعیین همسانی درونی، ضرایب ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ را به دست آوردند (گلچین، ۱۳۹۹). همچنین بررسی های Beck و همکاران در سال (۱۹۶۱)، نشان داد که بین درجه بندی های متخصصان بالینی از افسردگی و نمره های پرسشنامه های افسردگی بک، همبستگی معناداری وجود داشت (در دو بررسی جدا گانه ۰/۶۵ + و ۰/۶۷ +)، (گلچین، ۱۳۹۹). همچنین فرم کوتاه این پرسشنامه توسط دادستان و منصور (۱۳۹۷) در ایران هنجاریابی شد. ارزشیابی روایی محتوایی، سازه و افتراقی و نیز تحلیل عاملی عموماً نتایج مطلوبی داشته اند. محتوای ماده های تست افسردگی بک با هم فکری و هم رای متخصصان بالینی در مورد نشانه های مرضی بیماران افسرده تدوین شده و شش مورد از نه مقوله برای تشخیص افسردگی نیز در آن گنجانیده شده است. روایی همزمان با درجه بندی های بالینی برای بیماران روانپزشکی نشاگر ضرایب همبستگی از متوسط تا بالا و $0.72 = 0.96r - 0.55$ است. جلسات درمانی در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه ای برگرفته از کتاب راهنمای درمان افسردگی و اضطراب مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد و کتاب مبتنی بر پذیرش و پابندی برای افسردگی اجرا شد. جلسات مداخله درمان مبتنی بر تعهد-پذیرش بر اساس راهنمای عملی درمان مبتنی بر تعهد-پذیرش طی ۸ جلسه ۴۵ دقیقه ای روی گروه آزمایش پس از امضاء برگه رضایت آگاهانه توسط درمانجویان گروه آزمایش صورت پذیرفت. خلاصه جلسات به شکل ذیل بود:

اندکی این روش درمانی را بر کاهش علائم خلقی افسردگی بر زنان بدسرپرست ساکن خیریه بررسی کرده اند. با توجه به مطالب ذکر شده، پژوهش حاضر بررسی می کند که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم خلقی افسردگی اثر دارد یا خیر؟

روش مطالعه

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل بود و طرح آن به صورت گروه آزمایش و گروه کنترل و دو مرحله پیش آزمون، پس آزمون انجام شد. در این تحقیق با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس و طرح پژوهش، حجم نمونه ای به اندازه ۳۰ نفر محاسبه گردید ($n1=n2=15$) سپس آنها بطور تصادفی به دو گروه مساوی (گروه آزمایش ۱۵ نفر و گروه کنترل ۱۵ نفر) تقسیم شدند. معیارهای ورود عبارت بود از زنان بین ۲۰-۳۰ سال و دارای افسردگی اساسی یا مزمن (مورد تایید روان شناس گروه خیریه). جامعه آماری این پژوهش شامل زنان بد سرپرست (۲۰-۳۰ ساله) تحت حمایت موسسه طلوع بی نشان ها، ساکن در خیریه سرای گوهر شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. تعداد ۳۰ زن دارای علائم خلقی افسردگی با روش نمونه گیری در دسترس از موسسه خیریه نام برده، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر و کنترل (۱۵ نفر) به شیوه تصادفی انتخاب شدند و معیارهای خروج از پژوهش شامل عدم تمایل، غیبت بیش از دو جلسه بود. ابزارهای پژوهش به شرح زیر بود:

پرسشنامه ی افسردگی بک: سیاهه افسردگی بک ابتدا در سال (۱۹۶۱) از سوی ای تی. Beck، Ward، Mendelssohn، Mook و Arbak معرفی شد، در سال (۱۹۷۱) مورد تجدید نظر قرار گرفت و در سال (۱۹۷۸) منتشر شد. سیاهه افسردگی بک به منظور سنجش افسردگی در میان بیماران روانی و همچنین برای سنجش افسردگی در افراد عادی به طور گسترده مورد استفاده قرار گرفته شده است. پرسشنامه افسردگی بک یکی از پر استفاده ترین ابزار اندازه گیری اختلال های روانی است. این ابزار یک ابزار خودسنجی ۲۱ سوالی برای اندازه گیری افسردگی است. Beck، Ward، Mendelssohn، Mook و Arbak در سال (۱۹۶۱) ویرایش اصلی پرسشنامه افسردگی بک را معرفی کردند. این پرسشنامه در سال (۱۹۷۱) مجدداً مورد تجدید نظر قرار گرفت (گلچین، ۱۳۹۹). هنگام اجرا از آزمودنی خواسته می شود شدت این نشانه ها را برای یک مقیاس ۴ درجه ای از صفر تا ۳ درجه بندی کند. پرسش ها با زمینه هایی مانند احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، تحریک پذیری، آشفتگی خواب و از دست دادن اشتها ارتباط دارد. برای بررسی

جدول ۱: محتوای جلسات درمان پذیرش و تعهد

جلسه	محتوا
جلسه اول	ارائه ی مقدمه ای درباره اکت به درمانجو و به توافق رسیدن در مورد مشکل کنونی که آیا مشکل اصلی او افسردگی است یا نه. جویا شدن قصه زندگی درمانجو(شنیدن شرح حال درمانجو)، تعیین اهداف درمانی و ارتباط با ارزش ها ارائه ی مقدمه ای درباره ی درماندگی خلاق استعاره انسان درچاه. تکلیف:تمرین خود نظارتی که جهت افزایش آگاهی مراجع از میزان یادگیری برنامه کنترل تجربه ای طراحی شده است(به صورت فرم در اختیار درمانجو قرار داده می شود).
جلسه دوم	هدف ما در جلسه دوم افزایش آگاهی درمانجو از کنترل هیجانی و عادی شدن آن برای درمانجو. تاکید بیشتر بر بیهودگی تلاش های کنترلی و معرفی تمایل و پذیرش به عنوان جایگزین برای کنترل تجربه ای است. تکلیف:تمرین حمل افسردگی به صورت نوشتن افکار بر روی کارت
جلسه سوم	هدف ما در جلسه سوم شناسایی رویدادهای شخصی با هدف کار بر روی پذیرش و گسلش، تمرکز مراجع بر فرایندهای زبان به جای محتوی آن و معرفی برخی از مداخله های پذیرش و گسلش اولیه است. تکلیف:تمرین پر کردن پرسشنامه و دلیل یابی افسردگی
جلسه چهارم	هدف ما در جلسه چهارم افزایش کار بر روی گسلش با خودارزیابی ها و دلیل یابی و معرفی توجه آگاهی است. تکلیف:تمرین توجه آگاهی و تمرین نوشتن قصه درمانجو
جلسه پنجم	گسترش تکنیک گسلش به قصه زندگی، گسترش تمرین های توجه آگاهی به عملکرد فعالیت های روزانه. تکلیف:تمرین توجه آگاهی و تمرین بازنویسی قصه مراجع
جلسه ششم	هدف ما در جلسه ششم تکمیل گسلش از قصه زندگی، گسترش و تقویت آموزش توجه آگاهانه و تقویت بیشتر دستیابی به حس برتری از خود است. تکلیف:تمرین مشاهده گری و پرسشنامه ارزش ها
جلسه هفتم	هدف ما در جلسه هفتم تقویت توجه آگاهی و گسترش آن به افکار و احساس ها، ارزیابی و شفاف سازی ارزش های مراجع و شناسایی اهداف همسو با ارزش هاست. تکلیف:تمرین توجه آگاهانه، اقدام پایبندانه
جلسه هشتم	تعیین وضعیت آموزش توجه آگاهی، شفاف سازی ماهیت پایبندی و تعهد، افزایش شیوه های مدیریت موانع اقدام متعهدانه و تقویت اقدام متعهدانه از طریق تکلیف می باشد. تکلیف: تمرین توجه آگاهانه، اقدام پایبندانه
جلسه آخر	هدف جلسه آخر تقویت فعالیت های ارزش مدار، افزایش تمایل به تجربه افکار و احساسات ناخواسته که بر سر راه اقدامات متعهدانه قرار گرفته اند، شفاف سازی تفاوت بین فرایند و نتیجه اقدامات متعهدانه، بازیابی تکنیک ها و راهبردها و حفظ دستاوردهای درمانی بعد از پایان جلسات درمان است.

شد و در آن تاثیر متغیر کنترل و پس آزمون بر متغیرهای وابسته برداشته شده و سپس گروه ها با هم مقایسه شدند.

یافته ها

نتایج بررسی توصیف متغیرها در جدول ۲ شاخص های میانگین و انحراف معیار افسردگی و سه مؤلفه آن به تفکیک گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون ارائه شده است.

با توجه به اینکه در این پژوهش از طرح دو گروهی پیش آزمون و پس از آزمون استفاده شد در این طرح ها تاثیر یک متغیر (مستقل) بر متغیر دیگر (وابسته) سنجیده می شود آنچه که اهمیت دارد کنترل متغیرهای همگام است. روش آماری در این پژوهش تحلیل کواریانس بود که با نرم افزار SPSS-22 انجام

جدول ۲: شاخص های توصیفی افسردگی و مؤلفه های آن در دو گروه آزمایش و کنترل

مؤلفه ها	آزمون	کنترل		آزمایش	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی (نمره کلی)	پیش آزمون	۳۷/۲۷	۸/۷۵۴	۳۶/۷۳	۷/۸۰۵
	پس آزمون	۳۷/۸۰	۸/۶۹۵	۲۲/۸۰	۰/۷۷۵
افسردگی شناختی	پیش آزمون	۱۲/۶۷	۳/۱۳۲	۱۲/۶۰	۳/۰۶۶
	پس آزمون	۱۲/۵۳	۳/۲۹۲	۷/۶۷	۰/۶۱۷
افسردگی عاطفی	پیش آزمون	۸/۱۳	۲/۹۷۳	۸/۸۷	۲/۸۷۵
	پس آزمون	۸/۷۳	۳/۲۶۲	۵/۴۷	۰/۶۴۰
افسردگی جسمانی	پیش آزمون	۱۶/۴۷	۴/۷۷۹	۱۵/۲۷	۳/۹۰۰
	پس آزمون	۱۶/۵۳	۳/۷۹۶	۹/۶۷	۰/۷۲۴

جدول ۳ مقدار آماره شاپیرو-ویلک در سطح اطمینان ۰/۹۵ در بازه مورد ۱/۹۶ ± قبول قرار دارد. مقدار سطح معنی داری برآورد شده (p-value) از ۰/۵ بزرگتر است. بنابراین داده ها از توزیع نرمال برخوردار هستند.

برای بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیر افسردگی و مؤلفه‌های آن از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۳ حاکی از نرمال بودن توزیع متغیر افسردگی و مؤلفه‌های آن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. بر این اساس استفاده از تحلیل پارامتریک باامانج است. بر اساس نتایج آماری

جدول ۳: نتایج آزمون شاپیرو-ویلک متغیر افسردگی و مؤلفه‌های آن

مؤلفه‌ها	گروه	S-W	P-value
افسردگی (نمره کلی)	پیش آزمون	گروه کنترل	۰/۹۷۶
		گروه آزمایش	۰/۹۲۹
	پس آزمون	گروه کنترل	۰/۹۷۲
		گروه آزمایش	۰/۸۰۶
علایم شناختی	پیش آزمون	گروه کنترل	۰/۹۸۳
		گروه آزمایش	۰/۹۲۷
	پس آزمون	گروه کنترل	۰/۹۶۲
		گروه آزمایش	۰/۷۶۶
علایم عاطفی	پیش آزمون	گروه کنترل	۰/۹۷۶
		گروه آزمایش	۰/۸۷۹
	پس آزمون	گروه کنترل	۰/۹۳۹
		گروه آزمایش	۰/۷۱۳
علایم جسمانی	پیش آزمون	گروه کنترل	۰/۹۲۲
		گروه آزمایش	۰/۹۳۳
	پس آزمون	گروه کنترل	۰/۸۸۹
		گروه آزمایش	۰/۷۸۳

افسردگی (شناختی، عاطفی، جسمانی) در گروه آزمایش و گروه کنترل، از آزمون F استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۴، گزارش شده است. چنانچه مشاهده می‌شود، آماره F معنادار نیست (P>۰/۰۵). بر این اساس، مفروضه همگنی شیب رگرسیون برقرار است و برای انجام تحلیل مانعی وجود ندارد.

جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت) بر بهبود علائم خلقی افسردگی (شناختی، عاطفی، جسمانی)، با در نظر گرفتن تفاوت‌های پیش از مداخله، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکووا) با رعایت مفروضه‌های آمار پارامتریک استفاده شد. در ادامه مفروضه‌ها و سپس یافته‌های تحلیل گزارش شده است. جهت بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای علائم خلقی

جدول ۴: بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون علائم خلقی افسردگی

منبع	ss	df	MS	F	P
گروه* علایم شناختی	۴/۱۰۰	۲	۲/۰۵۰	۰/۳۴۸	۰/۷۰۹
گروه* علایم عاطفی	۱۳/۴۱۲	۲	۶/۷۰۶	۱/۲۳۴	۰/۳۰۸
گروه* علایم جسمانی	۰/۷۳۶	۲	۰/۳۶۹	۰/۰۴۶	۰/۹۵۵

توجه به عدم معنادار بودن آماره لوین در جدول ۵، واریانس متغیر وابسته در گروه‌های آزمایش و کنترل برابر است؛ بنابراین،

برای بررسی همگنی گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون متغیرهای علائم خلقی افسردگی (شناختی، عاطفی، جسمانی)، از آزمون لوین برای مقایسه واریانس‌های دو گروه استفاده شد. با

مفروضه همگنی واریانس گروه‌ها، برقرار است و مانعی برای ادامه تحلیل وجود ندارد.

جدول ۵: نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌ها در گروه آزمایش و کنترل

Sig**	df2	df1	F	مؤلفه‌ها
۰/۱۶۳	۲۸	۱	۱/۱۰۰	علائم شناختی
۰/۰۵۱	۲۸	۱	۱/۹۸۱	علائم عاطفی
۰/۰۷۶	۲۸	۱	۱/۳۵۹	علائم جسمانی

معنادار بودن آماره ام باکس در تحلیل چند متغیری علائم خلقی افسردگی (شناختی، عاطفی، جسمانی) است. پیش فرض عدم تفاوت بین واریانس‌ها برقرار است، بنابراین برای انجام ادامه تحلیل مانعی وجود ندارد.

برای اجرای تحلیل کواریانس چند متغیره لازم است همگنی ماتریس واریانس- کواریانس مورد آزمون قرار گیرد، جهت بررسی مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس- کواریانس از آزمون ام باکس^۶ استفاده شد. بر اساس نتایج جدول ۶ $(P=۰/۳۶۲, F=۱۱/۷۹۹, Box=۸۰/۱۸۴)$ که حاکی از عدم

جدول ۶: آزمون باکس برای همگنی ماتریس واریانس- کواریانس در گروه کنترل و آزمایش

Sig**	df2	df1	F	آماره باکس
۰/۳۶۲	۶۵۸۰	۶	۱۱/۷۹۹	۸۰/۱۸۴

جسمانی)) در مجموع معنی‌دار است و میزان این تفاوت برای ترکیب متغیرهای علائم خلقی افسردگی (شناختی، عاطفی، جسمانی) ۰/۳۴۸ است. یعنی ۳۴/۸ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه در پس‌آزمون متغیرهای علائم خلقی افسردگی (شناختی، عاطفی، جسمانی) با کنترل آماری پیش‌آزمون ناشی از شرایط آزمایشی است.

نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کواریانس چند متغیری برای متغیرهای علائم خلقی افسردگی (شناختی، عاطفی، جسمانی) در جدول ۷ گزارش شده است. چنانچه مشاهده می‌شود اثر گروه بر متغیرهای علائم خلقی افسردگی (شناختی، عاطفی، جسمانی) معنی‌دار است. بر این اساس مجذور اتا نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به مؤلفه‌های متغیر وابسته (علائم خلقی افسردگی (شناختی، عاطفی،

جدول ۷: نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کواریانس چندمتغیری علائم خلقی افسردگی

Eta	Sig**	E df	H df	F	v	اثر	
۰/۸۹۳	۰/۰۰۰	۲۴/۰۰۰	۳/۰۰۰	۶۶/۷۴۶b	۰/۸۹۲	اثر پیلایی	عرض از مبدأ
۰/۸۹۳	۰/۰۰۰	۲۴/۰۰۰	۳/۰۰۰	۶۶/۷۴۶b	۰/۱۰۷	لامبدای ویکلز	
۰/۸۹۳	۰/۰۰۰	۲۴/۰۰۰	۳/۰۰۰	۶۶/۷۴۶b	۸/۳۴۳	اثر هتلینگ	
۰/۸۹۳	۰/۰۰۰	۲۴/۰۰۰	۳/۰۰۰	۶۶/۷۴۶b	۸/۳۴۳	بزرگترین ریشه روی	
۰/۳۴۸	۰/۰۱۵	۲۴/۰۰۰	۳/۰۰۰	۴/۲۶۵b	۰/۳۴۸	اثر پیلایی	گروه
۰/۳۴۸	۰/۰۱۵	۲۴/۰۰۰	۳/۰۰۰	۴/۲۶۵b	۰/۶۵۲	لامبدای ویکلز	
۰/۳۴۸	۰/۰۱۵	۲۴/۰۰۰	۳/۰۰۰	۴/۲۶۵b	۰/۵۳۳	اثر هتلینگ	
۰/۳۴۸	۰/۰۱۵	۲۴/۰۰۰	۳/۰۰۰	۴/۲۶۵b	۰/۵۳۳	بزرگترین ریشه روی	

آزمایش و کنترل بین متغیرهای علائم خلقی افسردگی (شناختی، عاطفی، جسمانی) تفاوت وجود دارد. بدین معنا که شرایط آزمایشی بر کاهش علائم خلقی افسردگی (شناختی، عاطفی، جسمانی) تأثیرگذار بوده است.

برای مقایسه تفاوت‌های گروه آزمایش و گروه کنترل در هر یک از متغیرهای ۱ علائم خلقی افسردگی (شناختی، عاطفی، جسمانی) در جدول ۸ نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری گزارش شده است. چنانچه مشاهده می‌شود بین دو گروه

جدول ۸: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (آنکووا) متغیرهای علائم خلقی افسردگی (شناختی، عاطفی، جسمانی)

منبع	مؤلفه‌ها	SS	df	M S	F	Sig**	Eta
عرض از مبدأ	علایم شناختی	۸۲۵/۳۳۱	۱	۸۲۹/۳۳۱	۱۴۰/۲۹۳	۰/۰۰۰	۰/۸۴۴
	علایم عاطفی	۵۲۹/۲۷۰	۱	۵۲۹/۲۷	۹۷/۴۲۰	۰/۰۰۰	۰/۷۸۹
	علایم جسمانی	۱۴۷۷/۶۳۱	۱	۱۴۷۷/۶۳۱	۱۸۴/۴۱۲	۰/۰۰۰	۰/۸۷۶
گروه	علایم شناختی	۳۹/۲۵۲	۱	۳۹/۲۵۲	۶/۶۷۲	۰/۰۱۶	۰/۲۰۴
	علایم عاطفی	۴۵/۱۴۴	۱	۴۵/۱۴۴	۸/۳۰۹	۰/۰۰۸	۰/۲۴۲
	علایم جسمانی	۹۲/۷۷۸	۱	۹۲/۷۷۸	۱۱/۵۷۹	۰/۰۰۲	۰/۳۰۸
خطا	علایم شناختی	۱۵۲/۹۶۶	۲۶	۵/۸۸۳			
	علایم عاطفی	۱۴۱/۲۵۴	۲۶	۵/۴۳۳			
	علایم جسمانی	۲۰۸/۳۲۹	۲۶	۸/۰۱۳			

این جدول مشاهده می‌شود شرایط آزمایشی با اطمینان ۹۵ درصد بر کاهش متغیرهای علائم خلقی افسردگی (شناختی، عاطفی، جسمانی) تأثیرگذار بوده است.

برای بررسی اینکه میانگین کدام یک از گروه‌ها در پس‌آزمون متغیرهای علائم خلقی افسردگی (شناختی، عاطفی، جسمانی) پس از تعدیل و کنترل نمرات پیش‌آزمون بیشتر است. در جدول ۹ میانگین‌های تعدیل‌شده مؤلفه‌ها گزارش شده است. با توجه به

جدول ۹: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای علائم خلقی افسردگی (شناختی، عاطفی، جسمانی) به همراه حدود اطمینان ۹۵ درصد

مؤلفه‌ها	گروه	میانگین	انحراف معیار	فاصله اطمینان ۹۵٪	
				حد پایین	حد بالا
علایم شناختی	کنترل	۱۲/۴۵۶	۰/۶۳۳	۱۱/۱۵۴	۱۳/۷۵۷
	آزمایش	۰/۶۶۰	۰/۶۳۳	۶/۳۵۰	۸/۹۶۱
علایم عاطفی	کنترل	۸/۸۷۴	۰/۶۰۸	۷/۶۲۰	۱۰/۱۲۵
	آزمایش	۵/۴۶۹	۰/۶۰۸	۴/۲۱۹	۶/۷۲۰
علایم جسمانی	کنترل	۱۶/۵۰۱	۰/۷۳۹	۱۴/۹۸۲	۱۸/۰۲۰
	آزمایش	۹/۶۷۲	۰/۷۳۹	۸/۱۵۳	۱۱/۱۹۰

بحث

کنترل بین متغیرهای علائم خلقی افسردگی (شناختی، عاطفی، جسمانی) تفاوت وجود دارد. بدین معنا که شرایط آزمایشی بر کاهش علائم خلقی افسردگی (شناختی، عاطفی، جسمانی) تأثیرگذار بوده است. نتایج این پژوهش با نتایج مطالعات قربانی و فرخزاد (۱۴۰۱)، مؤدی و همکاران (۱۴۰۱)، شیری و همکاران (۱۴۰۰)، محسنی و همکاران (۱۴۰۰)، فرخزادیان و همکاران (۱۳۹۸)، حسینی و همکاران (۱۳۹۸)، قربانی و خدادوست و ابوالقاسمی (۱۳۹۷)، Tovilović-Kovacevic و همکاران (۲۰۲۳)، Daniel و همکاران (۲۰۲۲)، Fernández-Rodríguez و همکاران (۲۰۲۲)، Zhang و همکاران (۲۰۲۲)، Kostić و همکاران (۲۰۲۱) و Levin، Hayes (۲۰۲۰) همسو بوده است. در یک مطالعه که توسط قربانی و خدادوست و ابوالقاسمی (۱۳۹۷) انجام شد، ۴۰ زن مبتلا به افسردگی به طور تصادفی در یک گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یا یک گروه کنترل قرار گرفتند. گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

این پژوهش با هدف اصلی بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم خلقی، افسردگی زنان بدسرپرست ساکن خیریه انجام شد. بدین منظور ۳۰ آزمودنی که از ملاک‌های ورود به پژوهش برخوردار بودند، به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل اعمال تقسیم و درمان اکت، طی ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و هفیه‌ای یک بار فقط در گروه آزمایش انجام شد و پس از اتمام جلسات درمان از دو گروه آزمایش و کنترل پس از آزمون به عمل آمد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. بحث و نتیجه‌گیری نتایج حاصل از داده‌ها در ادامه بیان شده است.

نتایج حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت) بر بهبود علائم خلقی افسردگی در زنان بدسرپرست (مورد مطالعه ۲۰-۳۰ ساله) ساکن خیریه سرای گوهر از موسسه طلوع بی‌نشان‌ها مؤثر است. مبنی بر این که بین دو گروه آزمایش و

روان تأکید دارد، همخوانی دارد (Beck, ۲۰۱۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود علائم خلقی افسردگی در زنان بدسرپرست را می‌توان به عوامل متعددی نسبت داد. اولاً، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای تلاش برای سرکوب یا اجتناب از آنها، بر پذیرش تجربیات منفی، از جمله رویدادهای آسیب‌زای گذشته مانند سوء استفاده تمرکز دارد (Rauwenhoff و همکاران، ۲۰۲۳). این مؤلفه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند تأثیر تجربیات آسیب‌زا بر علائم خلقی را با کمک به افراد برای تصدیق و پردازش این تجربیات به روشی سالم کاهش دهد. ثانیاً، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اهمیت اقدام مبتنی بر ارزش در ارتقای رفاه مثبت تأکید می‌کند (Levin و Twohig, ۲۰۱۸). این جزء درمان شامل شناسایی ارزش‌های شخصی و درگیر شدن در رفتارهایی است که با این ارزش‌ها همسو هستند. برای زنانی که سوء استفاده را تجربه کرده‌اند، این می‌تواند شامل انجام اقداماتی باشد که به آنها قدرت می‌دهد و به بازیابی حس کنترل بر زندگی‌شان کمک می‌کند. با درگیر شدن در اقدامات مبتنی بر ارزش، افراد می‌توانند احساس هدف و تحقق را تجربه کنند، که می‌تواند با علائم خلقی منفی مقابله کند. ثالثاً، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل شیوه‌های تمرکز حواس است که می‌تواند به افراد کمک کند تا از افکار و احساسات خود آگاه‌تر شوند بدون اینکه تحت تأثیر آن‌ها قرار بگیرند (Hayes و همکاران، ۲۰۱۲). این جنبه از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به ویژه برای زنانی که سوء استفاده را تجربه کرده‌اند مفید باشد، زیرا می‌تواند تنظیم عاطفی را بهبود بخشد و تأثیر افکار منفی بر علائم خلقی را کاهش دهد. به طور کلی، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود علائم خلقی افسردگی در زنان مورد آزار را می‌توان به تمرکز آن بر پذیرش، اقدامات مبتنی بر ارزش‌ها و شیوه‌های ذهن آگاهی نسبت داد. در حالی که برای درک کامل مکانیسم‌های دخیل در این اثربخشی به تحقیقات بیشتری نیاز است، مؤلفه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که در بالا توضیح داده شد با رویکردهای نظری و عملی درمان شناختی-رفتاری^۶ (CBT) سازگار است و ممکن است برای سایر جمعیت‌هایی که با علائم خلقی دست و پنجه نرم می‌کنند، قابل استفاده باشد. همچنین می‌توان استدلال کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک رویکرد درمانی روانشناختی است که برای درمان مشکلات روانی مانند افسردگی، اضطراب، تنش، اعتیاد و سایر مشکلات روانی استفاده می‌شود. درمان بر اساس فرضیه‌ای مبتنی بر پذیرش و تعهد است که می‌گوید، برای رسیدن به زندگی معنادار و شاداب، باید به جای مبارزه با احساسات و افکار منفی، آن‌ها را به طور مستقیم پذیرفت و با

هشت جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند و کاهش معنی‌داری در علائم افسردگی در مقایسه با گروه کنترل نشان دادند. به همین ترتیب، در مطالعه دیگری که توسط حسینی و همکاران (۱۳۹۸) انجام شد، ۴۰ زن مبتلا به افسردگی در ایران به طور تصادفی در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یا کنترل قرار گرفتند. گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاهش قابل توجهی در علائم افسردگی پس از هشت جلسه درمان هفتگی نسبت به گروه کنترل نشان داد. یک مطالعه غیر ایرانی انجام شده توسط Hayes و همکاران (۲۰۲۰) به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درمان افسردگی در زنان پرداخت. این مطالعه در یک دوره ۱۲ هفته‌ای با ۵۰ شرکت‌کننده زن انجام شد. نتایج نشان داد که گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل بهبود قابل توجهی در علائم افسردگی داشتند. در مطالعه دیگری که توسط Kostić و همکاران (۲۰۲۱) انجام شد، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان افسردگی در زنان مورد بررسی قرار گرفت. این مطالعه شامل ۶۰ زن شرکت‌کننده بالای ۵۰ سال بود. نتایج نشان داد بهبود قابل توجهی در علائم افسردگی برای گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل. علاوه بر این، در مطالعه‌ای که توسط Zhang و همکاران (۲۰۲۲) در چین انجام شد، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم افسردگی در زنان مبتلا به سرطان سینه مورد بررسی قرار گرفت. این مطالعه نشان داد که گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل بهبود قابل توجهی در علائم افسردگی نشان داد. به طور مشابه، در مطالعه‌ای که توسط Tovilović-Kovacevic و همکارانش (۲۰۲۳) بر روی نوجوانان مبتلا به افسردگی در صربستان انجام دادند، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل بهبود قابل توجهی در علائم افسردگی نشان داد. در تبیین این یافته می‌توان ادعان داشت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیان می‌کند که پذیرش تجربیات منفی و تعهد به انجام اقدامات مثبت، مؤلفه‌های کلیدی برای غلبه بر مشکلات سلامت روان هستند (Strosahl, Hayes, و Wilson, ۲۰۱۲). به طور خاص، این مطالعه نشان داد که مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به زنان بدسرپرست کمک کرد تا با پذیرش تجربیات گذشته خود و متعهد شدن به درگیر شدن در رفتارهایی که بهزیستی مثبت را ارتقا می‌دهند، کنترل بیشتری بر زندگی خود به دست آورند. این یافته با رویکرد روان‌شناختی درمان شناختی-رفتاری (CBT) که بر نقش افکار و رفتارها در شکل‌دهی به نتایج خلق و خو و سلامت

افرادی که در پژوهش شرکت داشتند به دلایل متعدد ممکن بود که خوابگاه را ترک کرده و از شرکت در جلسات بازمانند. همچنین به دلیل این که اولویت زنان بدسرپرست حاضر در پژوهش تامین مخارج زندگی بود، توجه آن‌ها برای شرکت در جلسات کار دشواری بود. لازم به ذکر است که تحقیقات آینده برای بررسی بیشتر مکانیسم های دخیل در اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تعیین قابلیت تعمیم آن در بین جمعیت های مختلف مورد نیاز است. برای پژوهش های آتی در زمینه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بهبود علائم خلقی افسردگی در زنان بد سرپرست، می توان این پیشنهادات را مطرح کرد: مطالعه اثربخشی درمان بر اساس میزان شدت و مدت زمان علائم خلقی افسردگی در زنان بد سرپرست: بررسی اینکه آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند بهبود علائم خلقی افسردگی در زنان بد سرپرست را بهبود بخشد و آیا این تأثیرات برای مدت طولانی تری ادامه دارد. بررسی تأثیر درمان بر روی کیفیت زندگی زنان بد سرپرست: برای بررسی این موضوع که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند کیفیت زندگی زنان بد سرپرست را بهبود بخشد. این مطالعه کمک مهمی به تلاش های مداوم برای ایجاد درمان های مناسب و مؤثر برای افراد با چالش های سلامت روان را نشان می دهد. با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد برگزاری کارگاه های یادگیری تکنیک های پذیرش و تعهد داده می شود، به روشی که بیمار افسرده بتواند احساسات و افکار منفی خود را به طور مستقیم پذیرفته و با آن ها همراهی کند، و علائم خلقی افسردگی خود را کاهش دهد. همچنین پیشنهاد می شود کلاس هایی جهت تمرینات ذهنی و مدیتیشن برگزار شود که می تواند به بیمار کمک کند تا بهبود خلقی و روانی خود را تقویت کند و بهبود بخشد. به علاوه پیشنهاد می شود آموزش تمرینات تنفسی و بدنی صبحگاهی در خوابگاه محل سکونت زنان انجام شود که می تواند به آنان کمک کند تا تحرک بیشتری داشته باشد و احساس رضایت و خوشحالی بیشتری داشته باشند. در کل، بهبود علائم خلقی افسردگی در زنان بد سرپرست، نیازمند تلاش و همکاری فرد مبتلا و رعایت نکاتی مانند مراجعه منظم به پزشک و مشاوره روانشناختی است. استفاده از رویکرد درمانی اکت و توجه به پیشنهادات کاربردی بالا می تواند بهبود علائم خلقی افسردگی در زنان بد سرپرست را تسهیل کند.

موازین اخلاقی

در این مطالعه اصول اخلاق در پژوهش شامل اخذ رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان و حفظ اطلاعات محرمانه آنها رعایت گردیده است.

آن ها همراهی کرد. درمان (اکت) به عنوان یک رویکرد درمانی جدید، برای درمان افسردگی در زنان بد سرپرست نیز مورد استفاده قرار می گیرد. با توجه به اینکه زنان بد سرپرست اغلب با مشکلات بسیاری روبرو می شوند که ممکن است باعث افسردگی و اضطراب شوند، درمان (اکت) با تمرکز بر پذیرش احساسات و تعهد به ارزش های زندگی، می تواند بهبود علائم خلقی آن ها را بهبود بخشد. یکی از روش های درمان (اکت)، تمرینات ذهنی است که در آن بیمار با تمرکز بر روی دیدگاه ها، احساسات و افکار خود، با استفاده از تکنیک هایی مانند مدیتیشن و تمرینات تنفسی، سعی می کند احساسات خود را به طور مستقیم پذیرفته و با آن ها همراهی کند. در کنار این تمرینات، استفاده از مثال های کوتاه و موشکافانه از زندگی روزمره، بیمار را به تمرکز بر روی ارزش های اصلی زندگی و تعهد به آن ها، تشویق می کند. به طور کلی، درمان (اکت) می تواند به عنوان یک رویکرد مفید برای بهبود علائم خلقی افسردگی در زنان بد سرپرست مورد استفاده قرار گیرد، اما همانند هر روش درمانی دیگر، نیاز به تلاش و همکاری فرد مبتلا دارد.

نتیجه گیری نهایی

در نتیجه، یافته های پژوهشی مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود علائم خلقی افسردگی در زنان بدسرپرست مؤثر است، پیامدهای مهمی برای درمان سلامت روان دارد. این مطالعه نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به زنان جوان بدسرپرست کمک کرد تا مدیریت موثرتری بر زندگی خود داشته باشند و رفتارهایی را انجام دهند که بهزیستی مثبت را ارتقا می دهد. این یافته با رویکردهای نظری و عملی درمان شناختی-رفتاری مطابقت دارد و بر اهمیت پذیرش، اقدام مبتنی بر ارزش ها و شیوه های ذهن آگاهی در بهبود نتایج سلامت روان تأکید دارد. این مطالعه همچنین ارتباط این رویکردها را در ارتقای سلامت روان در میان زنان بدسرپرست، نشان می دهد، جمعیتی که اغلب تحت درمان های سنتی سلامت روان قرار دارند. علاوه بر این، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود علائم خلقی افسردگی در زنان بدسرپرست، اهمیت پرداختن به تروما و سایر مسائل اساسی در درمان سلامت روان را برجسته می کند. با تمرکز بر پذیرش، ارزش ها و شیوه های ذهن آگاهی، رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند درمانی جامع و توانمند برای سلامت روان این زنان ارائه دهد. در نتیجه، یافته های این مطالعه نشان می دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری برای درمان افسردگی، به ویژه در میان زنان بدسرپرست، سودمند است. پژوهش حاضر با محدودیت هایی نیز مواجه بود از جمله این که

Acceptance and Commitment Therapy, and Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Therapy for Emotional Disorders. *Behavior Modification*, 2022; 47(1), 3-45.

Ghorbani A, Farrokhzad A. Investigating the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the severity of depression symptoms in female students of Gilan University of Medical Sciences. *Scientific-Research Quarterly of Gilan University of Medical Sciences*, 2022; 29(2), 18-26. [Persian]

Ghorbani F, Khodadoost H, Abolghasemi A. The effect of acceptance and commitment therapy on depressive symptoms in women. *Women and Society Quarterly*, 2017; 9(2): 61-72. [Persian]

Golchin N. *Psychological tests*, Tehran: Arjmand Publications, 2019. [Persian]

Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL. Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Progressions of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*, 2020; 51(6), 858-873.

Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press. 2012.

Hossein Lou A, Pournqash Tehrani S, Jafari Roshan F, Chehrehsa SA, Darabi M. The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on women's depression and rumination symptoms after infidelity: *Scientific Research Quarterly of Psychological Sciences*, 1400; 20 (103): 999-1014. [Persian]

Hosseini F, Sharifi Bastan F, Ghazanfari F, Ghafari SM. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on women's depression. *Journal of Health Psychology*, 2018;8(1): 69-82. [Persian]

Kaplan HI, Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan & Sadock sinopsis de psiquiatría*. Wolters Kluwer. 2022.

Khaleghi Kiadhini N, Mofakhari A, Yamini M, A comparative study of the effect of cognitive-behavioral therapy and therapy based on acceptance and commitment on the fear of negative evaluation in women with depressive disorder. *Disability Studies*, 2021;11(1) (Sec. 19) [Persian]

تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب قدردانی و تشکر خود را از کلیه شرکت کنندگان این پژوهش که با استقبال و بردباری، در روند استخراج نتایج همکاری نمودند، اعلام می‌دارند.

تعارض منافع

نویسندگان این مطالعه هیچ گونه تعارض منافی در انجام و نگارش آن ندارند.

واژه نامه

1. abusived women	زنان بدسرپرست
2. Depressive	افسردگی
3. Beek Aaron T. Depression: Clinical. Experimental and Theoretical Aspects New Yorke	
4. Commitment-Acceptance Therapy	درمان مبتنی بر تعهد- پذیرش
5. BD-I	تست افسردگی بک
6. M Box	آزمون ام باکس
7. cognitive behavioral therapy	درمان شناختی- رفتاری

فهرست منابع

- Amini P, Hassanzadeh R.. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on internalized shame in abused women: *Women and Family Studies*,2021; 14(52): 8-57. [Persian]
- Beck AT. *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Harper & Row. 1967.
- Beck AT. *Cognitive therapy: Basics and beyond*. Guilford Press. 2011.
- Daniel TO, Stanton CH, Epstein LH. Acceptance and commitment therapy improves weight loss outcomes compared to standard behavioral treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 2022; 147, 103891
- Farrokhzadian A, Mehrabi A, Rahimi A. Investigating the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the quality of life of patients with chronic non-communicable diseases (case study: diabetic patients). *Kerman Medical Sciences*, 2018; 26(5): 470-478. [Persian]
- Fernández-Rodríguez C, Coto-Lesmes R, Martínez-Loredo V, Cuesta M. Is Activation the Active Ingredient of Transdiagnostic Therapies? A Randomized Clinical Trial of Behavioral Activation,

- and identity styles in homeless and abused women. *Research in religion and health*, 2022; 8(3): 131-141. [Persian]
- Shiri M, Faeze Baf S, Ismailpour H, Sattarzadeh F. Investigating the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on depression and anxiety in patients with breast cancer. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*, 2021; 27(3): 194-205. [Persian]
- Sloshower J, Guss J, Krause R, Wallace R, et al. Psilocybin-assisted therapy of major depressive disorder using Acceptance and Commitment Therapy as a therapeutic frame. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2020; 15, 12-19.
- Thompson S, Hyde J, Hanifa S. Acceptance and commitment therapy for mental disorders. *Psychology Publications*. 2021.
- Tovilović-Kovacevic G, Grahovac T, Milenković T, Mitković-Vončina M. An Acceptance and Commitment Therapy-Based Intervention for Adolescents with Depression: A Randomized Controlled Study. *Journal of Clinical Psychology*, 2023; 79(1), 1-18.
- Twohig, MP, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: a review. *Psychiatric clinics*, 2018; 40(4), 751-770.
- Zhang L, Chen L, Guo Y. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Depression in Women with Breast Cancer. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 2022; 22(1), 45-60.
- Kostić S, Čolić, NV, Friedlmeier W. Acceptance and Commitment Therapy for Depression in Women aged 50 and Over: A Randomized Controlled Trial. *PLOS ONE*, 2021; 16(2), 1-18.
- Martin CR, Hunter L, Patel VB, Preedy VR, and Rajendram R. *The- Neuroscience of Depression: Features, Diagnosis, and Treatment* Academic Press. 2021.
- Modi N, Soleimaniyan J, Mohammadzadeh N. Investigating the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on depression and anxiety of female students of Shahrekord University. *Health Psychology Quarterly*, 2022; 6(1): 34-43. [Persian]
- Mohseni M, Mohammadi N, Nili M. Investigating the effect of acceptance and commitment-based therapy on depression measured by the Beck scale in Islamic Azad University students in New Hashtgerd city. *Children's Educational and Psychological Studies Quarterly*, 2021; 20(1): 65-84. [Persian]
- Purdel M, Sudani M. The effectiveness of solution-oriented treatment on the quality of life and psychological flexibility of abused women with readiness for addiction. *Police Medicine*, 2020; 11(1) [Persian]
- Rauwenhoff JCC, Bol Y, van Heugten CM, Batink T, et al. Acceptance and commitment therapy for people with acquired brain injury: Rationale and description of the BrainACT treatment. *Clinical Rehabilitation* 2023; 7:
- Roganchi M, Golmohamedian M, Visi S. Treatment based on acceptance and adherence for depression (Clinical guide for ACT therapists). First edition. Tehran: Kitab Arjamand Publications. 2018 [Persian]
- Shahshahani MS, Safara M. The relationship between spiritual health, family cohesion