

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۰۶/۰۸

تاریخ بررسی مقاله: ۹۵/۰۶/۲۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۵/۰۸/۰۲

DOI: 10.22055/jacp.2018.21690.1029

مجله دست‌آوردهای روان‌شناسی بالینی  
دانشگاه شهید چمران اهواز، پاییز ۱۳۹۵  
دوره‌ی دوم، سال ۲، شماره ۳  
صص: ۲۳-۳۸

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال افسردگی عمده در نوجوانان

نگین توصیفیان<sup>۱\*</sup>، فریده حسین ثابت<sup>۲</sup> و احمد برجعلی<sup>۳</sup>

### چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی عمده بود. در این مطالعه که به صورت نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره‌ی پیگیری انجام شد، ۱۶ نفر از نوجوانان دختر مبتلا به افسردگی عمده با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش به صورت در دسترس انتخاب شدند و سپس به‌طور تصادفی در دو گروه ۸ نفره آزمایش و کنترل گمارده شدند. پیش از شروع مداخله، با استفاده از آزمون افسردگی بک ۲ از هر دو گروه پیش‌آزمون به عمل آمد. سپس افراد گروه آزمایش تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه ۶۰-۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند. پس از آن، از هر دو گروه پس‌آزمون و بعد از گذشت دو ماه از اجرای پس‌آزمون، از هر دو گروه آزمون پیگیری به عمل آمد. داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS-23 و با روش آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی عمده تأثیر معنی‌داری داشته است ( $p < 0.05$ ). همچنین این اثربخشی در دوره‌ی پیگیری ماندگار بود. پیشنهاد می‌شود روان‌شناسان، مشاوران و روان‌پزشکان از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد جهت بهبود نوجوانان مبتلا به افسردگی عمده استفاده کنند.

**کلید واژگان:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، اختلال افسردگی اساسی، نوجوانان

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

Negin\_Towsyfyian@yahoo.com

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

### مقدمه

نوجوانی یک دوره رشدی بین کودکی و بزرگسالی است (اسپیر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰؛ داهل<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴) که تغییراتی در ظاهر و کارکرد بدن از جمله تغییرات هورمونی، رفتاری و روان‌شناختی در انگیزش، کنترل شناختی، هیجان و جهت‌گیری اجتماعی اتفاق می‌افتد (استنبرگ<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵؛ رینا و فارلی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶؛ اسپیر و وارلینسکایا<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰). در دوره نوجوانی به احتمال زیاد رنج درونی، فشار عاطفی، نگرانی، ترس و احساس گناه شدیدتر از دوران‌های دیگر است. در این دوره نوجوانان نسبت به عقاید هم‌تا‌های خود اهمیت قائلند، دائم خود را با دیگران مقایسه می‌کنند و هرگونه انحراف از الگوهای مورد انتظار، واقعی یا خیالی، ممکن است موجب احساس حقارت، پایین بودن احترام به نفس و از دست دادن اعتماد به نفس گردد. همین مسئله موجب می‌شود تا این دوره، یک دوره آسیب‌پذیری ویژه برای رشد نشانه‌های ناسازگارانه مثل افسردگی باشد (کسلر<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۵).

افسردگی بنا بر تعریف سازمان بهداشت جهانی<sup>۷</sup> یکی از مهم‌ترین اختلالات خلق است که با کاهش خلق، از دست دادن علاقه، احساس گناه و بی‌ارزشی، اختلال در خواب و اشتها، انرژی و ضعف تمرکز همراه است. نشانه‌های افسردگی بین ۱۳ تا ۱۵ سالگی یک مرتبه افزایش می‌یابند. دختران نوجوان دو برابر پسران از افسردگی رنج می‌برند (برک، ۲۰۰۷، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۹؛ مکوند حسینی و راشدی، ۱۳۹۴). نوجوانان افسرده احساس ناامیدی و احساسات منفی شدید دارند و از میان‌اقتشار مردم، نوجوانان برای افسردگی مستعدتر هستند. افسردگی در نوجوانان می‌تواند منجر به رفتارهای بزهکارانه در سطح خانواده و جامعه، مشکلات مدرسه‌ای و مشکلات در برقراری رابطه با همسالان شود (کسلر، ۲۰۰۱). امروزه در جهان آمار خودکشی نوجوانان نیز رو به افزایش است. دونالد<sup>۸</sup> (۲۰۰۱) در مطالعه‌ای که بر روی نوجوانان ۱۵-۲۴ ساله انجام دادند، گزارش کردند که یک سوم آن‌ها افکار

- 
1. Spear
  2. Dahl
  3. Steinberg
  4. Reyna & Farley
  5. Varlinskaya
  6. Kessler
  7. world health organization
  8. Donald

خودکشی داشته و ۱/۲ درصد آنها نیز حدود ۴ هفته قبل از مطالعه برای کشتن خود طرح داشتند و همچنین ۶/۹ درصد نیز اقدام به خودکشی کرده‌اند.

تاکنون برای درمان افسردگی، رویکردهای مختلفی به کار گرفته شده است که عمده‌ترین آنها را می‌توان در سه بخش تقسیم‌بندی کرد: رفتار درمانی کلاسیک<sup>۱</sup>، رفتار درمانی شناختی<sup>۲</sup> و رویکردهای پست مدرن<sup>۳</sup> که مشتمل بر ذهن آگاهی و پذیرش<sup>۴</sup> هستند (هیز، لوما، باند، ماسودا و لیلیس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶؛ پترسن و زیتل<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹؛ بروتن<sup>۷</sup>، ۲۰۱۳؛ لوین<sup>۸</sup>، ۲۰۱۳). درمان‌های مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی در سال‌های اخیر برجسته شده‌اند و در میان آنها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۹</sup> بیش‌ترین توجه را در مطالعات تجربی و بحث‌های علمی دریافت نموده است (هیز و همکاران، ۲۰۰۶، هیز؛ لوین، پلامب-ویلاردگ<sup>۱۰</sup>، ویلاتی<sup>۱۱</sup> و پیستورلو<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۳). ACT بر مبنای یک برنامه تحقیقاتی پایه زمینه‌گرایی عملکردی روی زبان و شناخت، که نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی<sup>۱۳</sup> نامیده می‌شود، ایجاد شد. بر حسب نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی انسان صرفاً بر اساس تعاملاتی که قبلاً با محرک‌ها داشته به آنها پاسخ نمی‌دهد، بلکه پاسخ او به محرک‌ها، به روابط متقابل محرک‌ها با رویدادهای دیگر نیز بستگی دارد (هیز و استروسال<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۰، به نقل از ایزدی و عابدی، ۱۳۹۳).

درمان‌های مبتنی بر پذیرش بر مبنای این فرضیه روی کار آمدند که آسیب روانی با تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجانات منفی همراه است. این درمان‌ها معتقدند که افراد مبتلا به آسیب روانی در مورد هیجان‌های خود دیدگاهی انتقادی دارند و خود را بر اساس

1. classic behavioral therapy
2. cognitive behavioral therapy
3. post- modern approaches
4. mindfulness & acceptance
5. Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis
6. Petersen & Zettle
7. Broten
8. Levin
9. acceptance & commitment therapy
10. Plumb-Vilardaga
11. Villatte
12. Pistorello
13. Rational Frame Theory (RFT)
14. Strosahl

هیجان‌هایشان مورد قضاوت قرار می‌دهند. بنابراین درصدد اجتناب از این هیجان‌ها بر می‌آیند. هدف رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش عبارت است از تغییر روابط افراد با تجارب درونی‌شان، کاهش اجتناب از تجارب و افزایش رفتارهای فرد در مسیرهای ارزشمند زندگی (زرگر، محمدی، امیدی و باقریان سرارودی، ۱۳۹۱).

در اختلال افسردگی فرد در افکار و احساسات منفی خود اسیر می‌گردد و در تلاش جهت اجتناب و یا کنترل آنها است. زیرا فرض وی بر این است که رفتار تنها هنگامی قابل تغییر است که قبل از آن افکار و احساسات تغییر کرده باشند. این فرمول‌بندی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تا حدودی دگرگون می‌شود: وقتی رفتار تغییر کند، افکار و احساسات نیز ممکن است تغییر کنند (هیز و استروسال، ۲۰۱۰). در واقع نکته اصلی تغییر رفتار است و این تغییر باید به نحوی باشد که فرد در یک مسیر ارزشمند گام بردارد، با وجود افکار منفی به سمت ارزش‌های خود حرکت کند و در برخورد با مشکلات مأیوس نگردد. شش مؤلفه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل پذیرش، گسلش شناختی، تماس با لحظه‌های زندگی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه می‌باشد. این فرآیندها که در واقع فرآیندهای ذهن آگاهی و تغییر رفتار محسوب می‌شوند، با هم ترکیب می‌گردند تا انعطاف‌پذیری روان‌شناختی<sup>۱</sup> شکل بگیرد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عبارت است از افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و این‌که بر اساس آنچه در آن لحظه برای آنها امکان‌پذیر است، انتخاب کنند و به شیوه‌ای عمل نمایند که منطبق با ارزش‌های انتخاب شده‌شان باشد (لوما، کوهلنبرگ<sup>۲</sup> و هیز، ۲۰۰۷).

مولوی، میکایلی، رحیمی و مه‌ری (۱۳۹۳) پژوهشی با عنوان تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دارای ترس اجتماعی انجام دادند. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش اضطراب، افسردگی و ترس اجتماعی دانش‌آموزان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. اشجع (۱۳۹۱) نیز پژوهشی تحت عنوان بررسی اثربخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی زنان خانه‌دار شهر تهران به انجام رساندند. نتایج آن‌ها نشان داد که درمان

1. psychological flexibility
2. Kohlenberg

ACT منجر به کاهش افسردگی زنان خانه‌دار شده است. یافته‌های پژوهش والسر<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد در جانبازانی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای افسردگی دریافت کردند، افسردگی و افکار خودکشی‌شان در طول درمان کاهش یافته است. لیوهیم<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش افسردگی و استرس نوجوانان می‌شود. نتایج حاصل از پژوهش فلدورس، بالمیجر، پیترس و اسکروس<sup>۳</sup> (۲۰۱۲) حاکی از آن بود که گروه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در افسردگی، اضطراب، خستگی و اجتناب تجربه‌ای کاهش معناداری از خود نشان داده است. نتایج پژوهش بالمیجر، فلدورس، روکس<sup>۴</sup> و پیترس (۲۰۱۱) نشان داد که بزرگسالانی که تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند، کاهش معناداری در علایم افسردگی از خود نشان دادند. این کاهش علایم بعد از دوره پیگیری ۳ ماهه، همچنان ادامه داشت. هیز، بوید<sup>۵</sup> و سیول<sup>۶</sup> (۲۰۱۱) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که افسردگی نوجوانان تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بهبود معناداری دارد. این بهبود بعد از گذشت ۳ ماه دوره پیگیری، همچنان ادامه داشت. بر این اساس، این پژوهش با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی عمده انجام شد.

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

این مطالعه به صورت نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری انجام شد. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه نوجوانان دختر ۱۸ - ۱۳ ساله مبتلا به اختلال افسردگی عمده بود که در ماه‌های اردیبهشت و خرداد سال ۱۳۹۵ به بخش روان‌پزشکی بیمارستان گلستان شهر اهواز مراجعه کرده بودند. به علت عدم دسترسی و امکان

- 
1. Walser
  2. Livheim
  3. Fledderus, Bohlmeijer, Pieterse, & Schreurs
  4. Rokx
  5. Boyd
  6. Sewell

انجام نمونه‌گیری تصادفی، در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بنابراین با همکاری یکی از روان‌پزشکان، تعداد ۱۶ نفر که شرایط ورود به پژوهش را دارا بودند معرفی و سپس به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۸ نفر) و کنترل (۸ نفر) گمارده شدند. معیار ورود به پژوهش شامل اشتغال به تحصیل داشتن، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی دیگر به صورت همزمان، مصرف داروهای ضدافسردگی گروه SSRI<sup>۱</sup> در صورت لزوم و حضور در تمام جلسات درمان نوجوانان دختر ۱۸ - ۱۳ ساله مبتلا به اختلال افسردگی عمده (بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5<sup>۲</sup> و نظر روانپزشک) بود. آزمون افسردگی بک ۲ (BDI-II<sup>۳</sup>) به شکل انفرادی در اختیار افراد دو گروه قرار داده شد و درباره اهداف کلی پژوهش و رعایت اصل رازداری در آن، توضیحاتی ارائه گردید. لذا از آزمودنی‌ها خواسته شد که ابزار را با دقت و بدون هیچ‌گونه نگرانی تکمیل نمایند. در گروه آزمایش مداخلات مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد در طی ۸ جلسه ۹۰-۶۰ دقیقه‌ای به شکل انفرادی اجرا شد و در این مدت گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد. بعد از اتمام جلسات، مجدداً آزمون افسردگی بک ۲ توسط افراد هر دو گروه تکمیل گشت. ۲ ماه بعد نیز جهت انجام دوره پیگیری پژوهش، این آزمون در اختیار افراد قرار داده شد. خلاصه پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پژوهش حاضر به تفکیک جلسات شامل موارد زیر بود:

جلسه اول: آشنایی و برقراری رابطه‌ی درمانی، ارزیابی کلی و بررسی افکار و احساسات آزاردهنده، سنجش ارزش‌های مراجع با استفاده از فرم شرح ارزش‌ها و فرم درجه‌بندی آن‌ها، بررسی عملکرد هفتگی فرد در جهت ارزش‌ها. تکلیف خانه: تبدیل کردن ارزش‌ها به رفتار.

جلسه دوم: بازخورد درباره جلسه اول و مرور تکالیف، معرفی درماندگی خلاقانه و این ایده که کنترل مشکل است نه راحل. تکلیف خانه: تکمیل فرم مربوط به ایجاد درماندگی خلاقانه<sup>۴</sup>.

جلسه سوم: بازخورد درباره جلسه دوم و مرور تکالیف جهت درماندگی خلاقانه، تغییر ارتباط مراجع با تجارب درونی، معرفی تکنیک‌های پذیرش با استفاده از استعاره‌ها و تمرینات تجربی. تکلیف خانه: به‌کارگیری تکنیک‌های آموخته شده در طول روزها.

1. Selective Serotonin Reuptake Inhibitor
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fifth Edition
3. Beck Depression Inventory
4. creative hoplessness

جلسه چهارم: بازخورد درباره جلسه سوم و مرور تکالیف، معرفی تکنیک‌های ذهن آگاهی و گسلش شناختی و تمرین آن‌ها، تعیین اهداف متناسب با ارزش‌ها. تکلیف خانه: اقدام متعهدانه در جهت رسیدن به اهداف همسو با ارزش‌ها همراه با به کارگیری تکنیک‌های آموخته شده در طول روزها.

جلسه پنجم: بازخورد درباره جلسه چهارم و مرور تکالیف، گسترش تکنیک‌های گسلش شناختی، پذیرش و ذهن آگاهی. تکلیف خانه: به کارگیری تکنیک‌های آموخته شده در طول روزها. جلسه ششم: بازخورد درباره جلسه پنجم و مرور تکالیف، معرفی خود به عنوان زمینه، محتوا و تکنیک‌های آن، خلاصه کردن ۶ فرآیند هسته‌ای معرفی شده تاکنون. تکلیف خانه: به کارگیری تکنیک‌های آموخته شده در طول روزها.

جلسه هفتم: بازخورد درباره جلسه ششم و مرور تکالیف، ترسیم مدل ۶ ضلعی ACT، معرفی الگوریتم FEAR<sup>۱</sup> و ACT<sup>۲</sup>. تکلیف خانه: تهیه جدولی از FEARهای انجام داده. جلسه هشتم: بازخورد درباره جلسه هفتم و مرور تکالیف، بررسی میزان تعهد فرد برای اقدام در جهت ارزش‌ها، صحبت درباره‌ی تدریجی بودن پیشرفت درمان و تأکید بر اهداف رفتاری.

### ابزار پژوهش

در این پژوهش جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه افسردگی بک ۲ (BDI-II) در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده گردید. این پرسشنامه شامل ۲۱ سؤال است، در جمعیت ۱۳ سال به بالا قابل استفاده می‌باشد و آزمودنی باید روی یک مقیاس لیکرتی چهار درجه‌ای از صفر تا ۳ به آن پاسخ دهد. محتوای این پرسشنامه به‌طور جامع نشانه‌شناسی افسردگی است اما بیشتر بر محتوای شناختی تأکید دارد. ماده‌های این آزمون مرتبط با نشانه‌های مختلف است و زمینه‌هایی مانند غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها و از خود بی‌زاری را شامل می‌شود. به این ترتیب که ۲ ماده از آن به عاطفه، ۱۱ ماده به شناخت، ۲ ماده به رفتارهای آشکار، ۵ ماده به نشانه‌های جسمانی و ۱ ماده به نشانه‌شناسی میان‌فردی اختصاص یافته است. حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر آن ۶۳

1. Fusion Evaluation Avoidance & Reason-giving
2. Acceptance Choose & Take action

است. نمره‌های برش این آزمون جهت تعیین شدت افسردگی عبارت است از: صفر تا ۱۳ (هیچ یا کمترین افسردگی)، ۱۴ تا ۱۹ (افسردگی خفیف)، ۲۰ تا ۲۸ (افسردگی متوسط) و ۲۹ تا ۶۳ (افسردگی شدید). بک ضریب پایایی بازآزمایی آزمون را در فاصله یک هفته‌ای ۰/۹۳ به دست آورد. این پرسشنامه با مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی هامیلتون همبستگی ۰/۷۱ داشت و پایایی بازآزمایی یک هفته‌ای آن ۰/۹۱ بود، ضریب همسانی درونی این پرسشنامه نیز ۰/۹۱ گزارش شد. در ایران فتی (۱۳۸۲) با اجرای این پرسشنامه بر روی یک نمونه ۹۴ نفری ایرانی ضریب آلفا را ۰/۹۱، ضریب همبستگی تنصیف را ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۴ گزارش کرده است.

لازم به ذکر است که برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی یعنی شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی جهت توصیف توزیع متغیر پژوهش و از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای آزمون فرض‌های آماری استفاده گردید. داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS-23 و در سطح معنی‌داری  $\alpha = 0/05$  تجزیه و تحلیل شدند.

## یافته‌ها

در مطالعه حاضر، تعداد ۱۶ نوجوان افسرده اساسی در دو گروه آزمایش و کنترل مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سن گروه آزمایش ۱۵/۸۸ و گروه کنترل ۱۵/۳۸ بود. جدول ۱ شاخص‌های توصیفی نمرات افسردگی افراد مورد مطالعه را به تفکیک گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نمرات افسردگی

متغیر	گروه	مرحله	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	۳۵	۵۱	۴۱/۵	۶/۱۹
		پس‌آزمون	۲۵	۴۲	۳۱	۶/۳
	کنترل	پیش‌آزمون	۲۶	۳۹	۳۱/۱۳	۴/۴۹
		پس‌آزمون	۳۰	۵۲	۴۱/۵	۷/۳۳
	پیگیری	پس‌آزمون	۲۵	۴۸	۳۸/۶۳	۸/۲۸
		پیگیری	۳۱	۵۱	۴۲/۲۵	۵/۹۵



طبق نتایج جدول ۱ میانگین گروه‌ها در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری ندارد. قبل از این‌که آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شود باید دو پیش‌فرض آن مورد بررسی قرار گیرند:

۱- **نرمال بودن توزیع نمرات:** اساس این پیش‌فرض آن است که تفاوت بین توزیع نمرات نمونه و توزیع نمرات نرمال در جامعه صفر است. جدول ۲ نتایج آزمون شاپیرو-ویلک<sup>۱</sup> را برای نمرات افسردگی افراد مورد مطالعه به تفکیک گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۲. آزمون نرمال بودن توزیع نمرات افسردگی

گروه	آزمون	مراحل	
		پس‌آزمون	پیگیری
آزمایش	آماره شاپیرو-ویلک	۰/۹۱	۰/۸۸
	سطح معنی‌داری	۰/۳۴	۰/۴۸
کنترل	آماره شاپیرو-ویلک	۰/۹۷	۰/۹
	سطح معنی‌داری	۰/۹۱	۰/۳

طبق نتایج جدول ۲ آماره‌های  $Z$  حاصل از آزمون ناپارامتریک شاپیرو-ویلک نمرات افسردگی افراد مورد مطالعه به تفکیک گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نمی‌باشد ( $p > ۰/۰۵$ ). بنابراین فرض صفر یعنی پیروی داده‌ها از توزیع نرمال تأیید می‌شود.

۲- **همگنی واریانس‌ها و کوواریانس‌ها:** اساس این پیش‌فرض آن است که واریانس نمرات دو گروه در جامعه با هم مساوی هستند و تفاوت معنی‌داری بین آن‌ها وجود ندارد. برای آزمودن این فرضیه از آزمون لوین<sup>۲</sup> استفاده می‌شود. جدول ۳، نتایج آزمون پیش‌فرض لوین را برای نمرات افسردگی افراد مورد مطالعه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

1. Shapiro-Wilk
2. Levene

جدول ۳. آزمون لوین در مورد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها

متغیر	مرحله	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معنی‌داری
	پیش‌آزمون	۰/۱۵	۱	۱۴	۰/۷۱
افسردگی	پس‌آزمون	۰/۳۴	۱	۱۴	۰/۵۷
	پیگیری	۰/۱۶	۱	۱۴	۰/۷

طبق نتایج جدول ۳ آماره‌های F حاصل از آزمون لوین نمرات افسردگی افراد مورد مطالعه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نمی‌باشد ( $p > 0/05$ ). بنابراین فرض صفر یعنی همگنی واریانس‌های نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیر پژوهش تأیید می‌شود. جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر<sup>۱</sup> نمرات افسردگی افراد مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

جدول ۴. آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	مجذور آتا
زمان	۳۸۰/۷۹	۲	۱۹۰/۴	۱۱/۱۸	<۰/۰۰۱	۰/۴۴
گروه	۴۶۸/۷۵	۱	۴۶۸/۷۵	۵	۰/۰۴۲	۰/۲۶
زمان × گروه	۲۵۸/۸۸	۲	۱۲۹/۴۴	۷/۶	۰/۰۰۲	۰/۳۵

طبق نتایج جدول ۴ تأثیر متغیر زمان در مراحل مختلف اندازه‌گیری معنی‌دار می‌باشد ( $F=11/18$  و  $p < 0/05$ )، یعنی تفاوت بین میانگین نمرات افسردگی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار است. همچنین با توجه به اندازه اثر ( $\eta^2=0/44$  = مجذور آتا)، ۴۴ درصد از کل واریانس افسردگی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مربوط به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد. تأثیر متغیر گروه نیز در مراحل مختلف اندازه‌گیری معنی‌دار می‌باشد ( $F=5$  و  $p < 0/05$ )، یعنی تفاوت بین میانگین نمرات افسردگی دو گروه آزمایش و کنترل معنی‌دار است. همچنین با توجه به اندازه اثر ( $\eta^2=0/26$  = مجذور آتا)، ۲۶ درصد از کل

#### 1. ANOVA with repeated measures

واریانس افسردگی در گروه آزمایش و کنترل مربوط به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد. به‌علاوه تأثیر تعامل زمان  $\times$  گروه در ایجاد تفاوت بین میانگین‌های مراحل مختلف اندازه‌گیری نیز معنی‌دار می‌باشد ( $F=7/6$  و  $p<0/05$ ). همچنین با توجه به اندازه اثر ( $0/35$  = مجذور آتا)، ۳۵ درصد از کل واریانس افسردگی در تعامل زمان  $\times$  گروه مربوط به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد.

به دنبال معنی‌دار شدن تفاوت نمرات افسردگی بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه‌ها، به بررسی دو به دوی تفاوت مشاهده شده بین این سه مرحله از طریق مقایسه‌های زوجی با آزمون تعقیبی بونفرونی<sup>۱</sup> پرداخته شد تا مشخص گردد که این تفاوت بین کدام دو مرحله معنی‌دار است. نتایج این آزمون در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۵. آزمون تعقیبی بونفرونی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات افسردگی

مراحل	تفاوت میانگین (I - J)	خطای استاندارد	معنی‌داری	حد پایین	حد بالا
پیش‌آزمون پس‌آزمون پیگیری	۶/۶۹	۱/۷	۰/۰۰۵	۲/۰۶	۱۱/۳۱
پیش‌آزمون پس‌آزمون پیگیری	-۶/۶۹	۱/۷	۰/۰۰۵	-۱۱/۳۱	-۲/۰۶
	-۱/۸۸	۰/۹۲	۰/۱۸۵	-۴/۳۸	۰/۶۳

طبق نتایج جدول ۵ تفاوت میانگین نمرات افسردگی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنی‌دار می‌باشد ( $p<0/05$ ). از آنجا که میانگین نمرات افسردگی گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب ۴۱/۵ و ۳۱ و نیز میانگین این نمرات در گروه کنترل به ترتیب ۴۱/۵ و ۳۸/۶۳ است، می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود افسردگی افراد مورد مطالعه تأثیر دارد. به‌علاوه، تفاوت میانگین نمرات افسردگی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار نمی‌باشد ( $p>0/05$ ), که بیانگر تداوم اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود افسردگی از زمان اتمام این مداخله تا مرحله پیگیری است.

## 1. Bonferroni

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی عمده انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود اختلال نوجوانان مبتلا به افسردگی عمده تأثیر دارد. این یافته‌ها با نتایج مطالعات مولوی و همکاران (۱۳۹۳) و اشجع (۱۳۹۱) همخوانی داشت. همچنین با نتایج پژوهش والسر و همکاران (۲۰۱۵)، لیوهیم و همکاران (۲۰۱۴)، فلدورس و همکاران (۲۰۱۲)، بالمیجر و همکاران (۲۰۱۱) و هیز و همکاران (۲۰۱۱) همسو بود.

بر طبق مدل آسیب‌شناسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افرادی که احساس افسردگی و خستگی می‌کنند، سعی دارند که اندوه و حالت خستگی خود را منفعلانه از طریق گوشه‌گیری کاهش دهند. یکی از راهبردهای اجتنابی که افراد افسرده برای اجتناب از تجارب درونی به کار می‌برند، نشخوار فکری است که این راهبرد نوعی شیوه پر مخاطره برای ابتلا به افسردگی قلمداد می‌شود (گارلند و گایلورد و پارک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). این گونه الگوهای اجتنابی در رفتار می‌تواند مانع حرکت فرد به سوی اهداف ارزشمند شده و وی را در موقعیت‌های خطرناک قرار دهد. اجتناب و تلاش جهت حذف تجارب منفی ممکن است در کوتاه مدت باعث تسکین فرد شود ولی به احتمال زیاد آن تجارب منفی با شدت بیشتری بروز پیدا می‌کند (هیز و لیلیس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲).

در پژوهش حاضر از روش درماندگی خلاقانه که در آن مراجع به ناکارآمد بودن مبارزه با تجارب درونی پی می‌برد، استفاده شد. این راهبرد به نوجوان افسرده کمک کرد تا به جای هم‌آمیزی شناختی با افکار منفی و تلاش جهت تغییر آن‌ها، خزانه رفتاری خود را در جهت ارزش‌های شخصی گسترش دهد. همچنین تمرینات مرتبط با تصریح ارزش‌ها و اولویت‌بندی آن‌ها به نوجوان افسرده کمک کرد که اهداف رفتاری مشخص و موانع آن‌ها را در راستای ارزش‌های انتخاب شده خویش تعریف کند و تکالیف تلاش جهت دست یافتن به اهداف مذکور را در زندگی روزمره انجام دهد، بدین ترتیب حالات خلقی منفی وی نظیر احساس گناه و سردرگمی تقلیل یافتند. این تکنیک‌ها به نوجوان افسرده کمک کرد تا هیجانانگیز ناخوشایند او به تدریج به احساسات

1. Garland, Gaylord, & Park
2. Lillis

نسبتاً گذرایی تبدیل شوند که تابع اوضاع و احوال کنونی اند و حقایق تخطی ناپذیر شخصیت او نیستند. مؤلفه دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تماس پایدار با لحظه لحظه‌های زندگی است که برای نوجوان افسرده این امکان را فراهم نمود تا در زمان‌هایی که افکار منفی به هنگام پریشانی، فرد را با خود به حاشیه می‌برند بازگشت پیوسته به زمان حال را حفظ کند و در کنار سایر تکنیک‌های مذکور انعطاف‌پذیری روانشناختی را بالا ببرد و افسردگی را بهبود بخشد.

هر چند در این پژوهش تلاش شد تا با گمارش تصادفی آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل، متغیرهای مزاحم و سوگیری‌های احتمالی کم شود، اما مهم‌ترین محدودیت این پژوهش استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس بود. محدودیت‌های دیگر حجم نمونه پایین، جامعه آماری محدود به نوجوانان دختر مراجعه‌کننده به بیمارستان خاصی در شهر اهواز و دوره پیگیری در بازه زمانی کوتاه دو ماهه بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. پیشنهاد دیگر این است که پژوهشی مشابه در بین نوجوانان پسر و دختر در سایر شهرها انجام شود تا بتوان در تعمیم نتایج و تأثیر روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با اطمینان بیشتری بحث کرد. همچنین با توجه به تداوم بهبود آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پیگیری، بهتر است پیگیری‌هایی با فواصل زمانی طولانی‌تر صورت گیرد تا میزان اثرگذاری نتایج در بلندمدت به‌طور دقیق‌تر بررسی گردد. با توجه به نتایج این مطالعه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی عمده تأثیر دارد. بنابراین به مسئولان مراکز درمانی خصوصی و دولتی و نیز مدیران مدارس و مراکز آموزشی توصیه می‌شود جهت بهبود نوجوانان افسرده در دسترس‌شان، کارگاه‌هایی تحت عنوان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برگزار کنند.

## سپاس‌گزاری

این پژوهش مستخرج از رساله کارشناسی ارشد نویسنده اول می‌باشد. لازم است از تمام آزمودنی‌های نوجوان و کارکنان آموزش و پرورش به خاطر همکاری صمیمانه در اجرای پژوهش تشکر کنیم.

## منابع

## فارسی

- اشجع، مهرناز (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی زنان خانه‌دار شهر تهران. (پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی). دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر، خمینی شهر.
- ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. تهران: انتشارات جنگل و کاوشیار.
- برک، لورا (۲۰۰۷). روان‌شناسی رشد (از نوجوانی تا پایان زندگی). ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۸۹). تهران: انتشارات ارسباران.
- زرگر، فاطمه؛ محمدی، ابوالفضل؛ امیدی، عبدالله؛ و باقریان سرارودی، رضا (۱۳۹۱). موج سوم رفتار درمانی با تأکید بر رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۰(۵)، ۳۸۳-۳۹۰.
- فتی، لادن (۱۳۸۲). تعیین وضعیت‌های هویتی و ارتباط آن با سبک‌های هویتی و افسردگی در نوجوانان تهرانی. (رساله دکتری روان‌شناسی). دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران.
- مکوند حسینی، شاهرخ و راشدی، محبوبه (۱۳۹۴). مقایسه‌ی عملکرد استروپ در افراد اسکیزوفرن افسرده‌ی اساسی و عادی. مجله دست‌آوردهای روان‌شناسی بالینی، ۱(۴)، ۳۱-۴۶.
- مولوی، پرویز؛ میکاییلی، نیلوفر؛ رحیمی، ندا؛ و مهری، سعید (۱۳۹۳). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دارای ترس اجتماعی. مجله علوم پزشکی دانشگاه اردبیل، ۱۴(۴)، ۴۲۳-۴۱۲.

## لاتین

- Beck, A. T., Steer. R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory* (2nd ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bohlmeijer, E. T., Fledderus, M., Rokx, T. A. J. J., & Pieterse, M. E. (2011). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 49(1), 62-67.

- Broten, L. (2013). *A brief acceptance and commitment therapy protocol for depression in an inpatient setting: An effectiveness study*. (Doctoral Dissertation of Philosophy). Western Michigan University, Kalamazoo, Michigan.
- Dahl, R. E. (2004). Adolescent brain development: A period of vulnerabilities and opportunities-keynote address. *Annals of New York Academy of Sciences*, 1021, 1-22.
- Donald, M. (2001). Prevalence of adverse life events, depression and suicidal thoughts and behavior among a community sample of young people aged 15-24 years. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25(5), 426-432.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Pieterse, M. E., & Schreurs, K. M. G. (2012). Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42(3), 485-495.
- Garland, E., Gaylord, S., & Park, J. (2009). The role of mindfulness in positive reappraisal. *Explore (NY)*, 5(1), 37-44.
- Hayes, L., Boyd, C. P., & Sewell, J. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of adolescent depression: a pilot study in a psychiatric outpatient setting. *Mindfulness*, 2(2), 86-94.
- Hayes, S. C., & Lillis, J. (2012). *Acceptance and commitment therapy*. Massachusetts, USA: American Psychological Association.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2010). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer Science and Business Media LLC.
- 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.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Kessler, R. C. (2001). Mood disorder in children and adolescents. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1002-1014.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Life time prevalence and age of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Achieves of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.

- Levin, M. E. (2013). *Evaluating a prototype acceptance and commitment training web-based prevention program for depression and anxiety in college students*. University of Nevada, Reno.
- Livheim, F., Hayes, L., Ghaderi, A., Magnusdottir, T., Hogfeldt, A., Rowse, J., & Tengstrom, A. (2014). The effectiveness of acceptance and commitment therapy for adolescent mental health: Swedish and Australian pilot outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, 24(4), 1016-1030.
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., & Hayes, S. C. (2007). *Learning ACT: An acceptance and commitment therapy skills training manual for therapists*. Oakland, CA: New Harbinger Publication.
- Petersen, C. L., & Zettle, R. D. (2009). Treating inpatients with comorbid depression and alcohol use disorders: A comparison of acceptance and commitment therapy versus treatment as usual. *The Psychological Record*, 59(4), 521-536.
- Reyna, V. F., & Farley, F. (2006). Risk and rationality in adolescent decision-making: implications for theory, practice, and public policy. *Psychological Science in Public Interest*, 7(1), 1-44.
- Spear, L. P. (2000). The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neuroscience Biobehavioral Reviews*, 24(4), 417-463.
- Spear, L. P., & Varlinskaya, E. I. (2010). Sensitivity to ethanol and other hedonic stimuli in an animal model of adolescence: implications for prevention science. *Developmental Psychobiology*, 52(3), 236-243.
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Science*, 9(2), 69-74.
- Walser, R. D., Garvert, D. W., Karlin, B. E., Trockel, M., Ryo, D. M., & Taylor, C. B. (2015). Effectiveness of acceptance and commitment therapy in treating depression and suicidal ideation in veterans. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 74, 25-31.