

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه‌حل‌مدار بر کیفیت زندگی و افسردگی دختران جوان

زهرا زاهدی^۱، احمد امانی^۲، آرمان عزیزی^{۳*}، غفار نصیری^۴
هانسیس^۵، فاطمه زارعین^۵ و نرگس ویژه راوری^۶

چکیده

اختلال روانی افسردگی از علل عمده آشفتگی کیفیت زندگی است که می‌تواند عملکرد تحصیلی، خانوادگی و اجتماعی را تا مرز ناتوان شدن مختل سازد. هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه‌حل‌مدار بر افسردگی و کیفیت زندگی دختران افسرده بود. پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش دختران جوانی بودند که در سال ۱۳۹۸ برای درمان افسردگی به مراکز مشاوره شهر تهران مراجعه کرده و با روش در دسترس انتخاب شدند. نمونه شامل ۴۰ نفر که به‌صورت تصادفی در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان راه‌حل‌مدار و گروه کنترل، جایگزین شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه افسردگی و پرسشنامه کیفیت زندگی بود. سپس گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمان راه‌حل‌مدار طی ۹ جلسه ۲ ساعته تحت درمان قرار گرفتند و گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندگانه تجزیه و تحلیل شد. با وجود اینکه نتایج نشان داد که هر دو روش درمانی تأثیر مطلوبی بر افسردگی و ارتقاء کیفیت زندگی داشته‌اند، اما روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مؤثرتر بوده است، ولی بین دو روش درمانی در هر دو متغیر تفاوت معنادار وجود ندارد. بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند یک درمان انتخابی برای کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی در دختران جوان افسرده باشد.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، درمان راه‌حل‌مدار، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه هرمزگان، هرمزگان، ایران. hh_kh64@yahoo.com

۲. دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران. Ahmad_counsellor@yahoo.com

۳. نویسنده مسئول: دکتری مشاوره خانواده، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. Armanazizi2020@gmail.com

۴. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه خرم‌آباد، خرم‌آباد، ایران. gh.nasiri.hanis@gmail.com

۵. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشکده علوم تحقیقات، تهران، واحد یزد، ایران. zareinfateme6@gmail.com

۶. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات هرمزگان، هرمزگان، ایران. nargesvizhehravary@gmail.com

مقدمه

افسردگی یکی از اختلالات روانی و از بزرگ‌ترین عوامل ناتوان‌کننده افراد در سراسر جهان است که در اثر عوامل گوناگون زیستی، روانی و اجتماعی ایجاد می‌شود که اغلب بیانگر عدم تعادل و نابسامانی جنبه‌های مهم زندگی شخص است (شاهی و محمدی‌فر، ۲۰۱۷). افسردگی در حد چشمگیری توانایی انجام امور شغلی و تحصیلی و مقابله با مشکلات زندگی روزمره را مختل می‌کند (سلیکینی و موسلر^۱، ۲۰۱۸). در واقع، افسردگی با تأثیر منفی روی زندگی روزمره و کاهش عملکرد، کیفیت زندگی^۲ را کاهش می‌دهد (مبارکی اصل، میرمظاهری، درگاهی و حدادی، ۱۳۹۸). کیفیت زندگی یک مفهوم شخصی ادراک‌شده از احساس خوب بودن و رضایت از زندگی است (باسیو و باسیو^۳، ۲۰۱۵). کیفیت زندگی را ارزیابی‌های ذهنی فرد و توانایی حفظ یا بهتر کردن جنبه‌های شخصیت تعریف کرده‌اند (بدووسکی، اسچیف و سایبر^۴، ۲۰۱۶).

برای افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی دسته‌ای از روان‌درمانی‌ها که به درمان‌های موج سوم معروف است، مورد توجه بسیاری از روان‌شناسان قرار گرفته که یکی از آن‌ها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که در سال ۱۹۸۲ توسط استیون هیز^۵ معرفی شده، اصول و مهارت‌هایی برای کمک به مراجعان برای شناسایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های مهم و باارزش زندگی به آن‌ها آموزش داده می‌شود (الهی‌فر، قمری و زهراکار، ۱۳۹۸). دیگر شیوه روان‌درمانی مورد توجه در این پژوهش درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌مدار است که توسط برگ و دیشیزر^۶ (۱۹۷۸) ابداع شده و یکی از روش‌های درمانی مؤثر برای کمک به اشخاص دچار مشکلات خلقی و هیجانی است. دیدگاه زیربنایی این شیوه روان‌درمانی آن است که دگرگونی‌ها پیوسته و ناگزیرند و بر این باور استوار است که تمرکز بر گذشته و کند و کاو در مشکلات آن، روندی طولانی‌مدت و

1. Slekiene and Mosler
2. quality of life
3. Baciū
4. Budowski, Schief and Sieber
5. Steven Hayes
6. Berg and Deshazer

کم‌فایده است و در آن به دنبال کشف راه حل با متوسل شدن به توانایی‌های مراجع است (گلدنبرگ و گلدنبرگ^۱، ۲۰۱۷).

نتایج پژوهش شبه آزمایشی عزیزی و قاسمی (۱۳۹۶) که با هدف مقایسه اثربخشی درمان راه‌حل‌محور، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان شناختی-رفتاری بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان مطلقه شهر سنندج انجام گرفته، حاکی از آن است که با وجود اثربخشی هر سه روش، درمان شناختی-رفتاری در کاهش افسردگی و ارتقاء کیفیت زندگی نسبت به درمان راه‌حل‌محور و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، مؤثرتر است. محمودی، مداحی، پورشریفی و مسچی (۱۳۹۸) در پژوهشی با هدف مقایسه اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد و گروه درمان شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی که با روش نیمه آزمایشی با جامعه زنان مبتلا به بیماری سوءهاضمه عملکردی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های گوارش شهر اراک انجام دادند، دریافتند که هر دو روش در افزایش کیفیت زندگی و کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی مؤثر است. داودی (۱۳۹۷) نیز در پژوهشی که با هدف بررسی اثربخشی درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان دارای سقط مکرر انجام داده، نشان داد که درمان راه‌حل‌مدار می‌تواند بر افسردگی و کیفیت زندگی افراد اثرگذار باشد. از طرف دیگر، مفید، فاتحی‌زاده و درستی (۱۳۹۶) دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان بزهکار زندانی میانسال در شهر اصفهان تأثیر معناداری دارد. در جریان درمان، درمانگر تمرکز مراجع را به موقعیت‌هایی سوق می‌دهد که در آن مشکل به هر دلیلی، رخ نداده است (کوئیک^۲، ۱۳۹۵)، با یافتن استثناءها در زندگی مراجع و با تمرکز بر مسأله‌گشایی به جای فنون روان‌درمانی، اعضای گروه را ترغیب می‌کرد تا دیدگاه‌ها و راهکارهای ذهنی و عملی کارآمد را اتخاذ کنند و بدین صورت مراجع را به آینده امیدوار می‌کرد.

تاکنون در پژوهش‌های پیشین متغیرهای مستقل این پژوهش در جامعه دختران جوان دچار افسردگی بررسی و مقایسه نشده تا با مقایسه آن‌ها روش بهینه معرفی و پیشنهاد شود. همچنین

1. Goldenberg
2. Quiek

در سال‌های اخیر افسردگی ناشی از دوران جوانی و مشکلات آن در مراجعان کلینیکی نویسنده مسئول مقاله بسیار زیاد بوده است و لذا با توجه به اهمیت و لزوم حل بحران‌های هیجانی و کاهش آسیب‌های روانی آن از جمله افسردگی و همچنین اهمیت یافتن اثربخش‌ترین درمان برای افزایش کیفیت زندگی در این افراد و با توجه به تفاوت‌های نظری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه‌حل‌مدار، هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی این دو درمان بر کیفیت زندگی و افسردگی دختران جوان دچار افسردگی است. فرضیه پژوهش حاضر این بود که دو درمان مذکور می‌توانند بر کاهش افسردگی و بالابردن کیفیت زندگی دختران جوان تأثیرگذار باشند و اینکه بین دو درمان از لحاظ مقدار اثربخشی بر متغیرهای افسردگی و کیفیت زندگی تفاوت وجود دراد.

روش

روش پژوهش حاضر شبه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با گروه‌های موازی آزمایشی و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت بودند از دختران جوان دچار افسردگی که در سال ۱۳۹۸ برای درمان افسردگی به مراکز مشاوره شهر تهران مراجعه کرده بودند. برای انتخاب نمونه از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد، بدین ترتیب که از بین تمام مراکز مشاوره شهر تهران چند مرکز مشاوره در دسترس انتخاب و پس از اعلام فراخوان برای شرکت در طرح درمانی ۴۰ نفر از کسانی که مایل به شرکت در طرح درمانی بودند و طی انجام مصاحبه روان‌شناختی، تشخیص افسردگی اساسی^۱ دریافت کرده بودند، به صورت تصادفی در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۴ نفر)، درمان راه‌حل‌مدار (۱۳ نفر) و گروه کنترل (۱۳ نفر)، جایگزین شدند. گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه‌حل‌مدار طی ۹ جلسه ۲ ساعته تحت درمان قرار گرفتند (هر پنج روز یک جلسه به صورت گروهی) و گروه کنترل در این مدت درمانی دریافت نکردند. ملاک‌های ورود به طرح درمانی عبارت بودند از تشخیص افسردگی اساسی بر اساس انجام مصاحبه تشخیصی روان‌شناختی، قرار گرفتن در محدوده سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، دارا بودن حداقل تحصیلات سوم راهنمایی. ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه؛ کامل نبودن پاسخ‌ها؛ عدم پاسخگویی به

ابزار در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پرت بودن داده‌ها هنگام تحلیل آماری بود. شایان ذکر است که تا مرحله پس‌آزمون ۴ نفر (۲ نفر از گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ۱ نفر از هریک از دو گروه دیگر) از افراد ریزش کردند و در انتها در هر گروه ۱۲ نفر با پژوهشگر همکاری کردند.

ابزار

پرسشنامه کیفیت زندگی^۱: یک ابزار خودگزارشی ۲۶ گویه‌ای است که دارای چهار خرده‌مقیاس کیفیت زندگی جسمانی^۲، روانی^۳، اجتماعی^۴ و محیطی^۵ است. بر طبق نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان (اسکوینگتون، لتفی و اگونل، ۲۰۰۴) مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده، آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ گزارش شده است (نصیری، ۱۳۸۵). طیف پاسخگویی به سؤالات این پرسشنامه ۵ گزینه‌ای (همیشه = ۱، هیچ وقت = ۵) است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در ایران نجات، منتظری، هلاکویی نایینی، محمد و مجدزاده (۱۳۸۵) بالاتر از ۰/۶۵ گزارش کرده‌اند. همسانی درونی این ابزار در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بود.

پرسشنامه افسردگی بک^۶: پرسشنامه افسردگی بک یک ابزار خودگزارشی است که شامل ۲۱ گویه است و هر گویه یک جنبه خاص از افسردگی را می‌سنجد. نمرات بالا نشان‌دهنده افسردگی بیشتر است. بک، استیر و گاربین^۸ (۱۹۸۸) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. فتی (۱۳۸۲) پایایی این پرسشنامه را در جامعه بزرگسالان ایرانی ۰/۷۸ و اعتبار آن را ۰/۸۴ و

1. Quality of Life-BREF
2. Physical
3. psychological
4. social
5. environmental
6. Skevington, Lotfy and O'Connell
7. Beck depression Inventory
8. Beck, Steer and Garbin

همچنین ثبات درونی آن را ۰/۸۳ گزارش کرده است. همچنین روایی پرسشنامه با استفاده از روش همسانی درونی ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ گزارش شده است. همسانی درونی این ابزار در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ بود.

برنامه‌های درمانی - برنامه جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مبنای راهنمای درمانی هریس^۱ (۲۰۰۷) بدون تغییر تدوین شد.

جدول ۱: شرح خلاصه جلسات درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش

جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف و تمرین خانگی
اول	برقراری رابطه درمانی	بیان اهداف پژوهشی و چگونگی روند پژوهش، قوانین و مقررات، اجرای پیش‌آزمون	آشنایی کافی	نوشتن اهداف شرکت
دوم	عوامل کیفیت زندگی	کیفیت زندگی و افسردگی، نشانه‌ها و پیامدها	شناسایی عوامل علی	نگارش تأثیر افسردگی و کیفیت زندگی بالا در زندگی
سوم	کنترلی ناکارآمد و درماندگی خلاق	راهبردها و کارآمدی کنترلی برای مقابله با مشکلات، پی بردن به بهبودی راهبردهای کنترلی با استفاده از استعاره شخص در چاه	خودآگاهی دربار خودکنترلی	مشخص کردن راهبردهای کنترلی و تأثیر آنها
چهارم	ذهن‌آگاهی و پذیرش	بهبودی راهبردهای کنترلی، اجتناب از تجارب دردناک گام‌های ذهن‌آگاهی و پذیرش	آرمیدگی	اجرای تمرینات ذهن‌آگاهی
پنجم	آموزش گسلش شناختی	توضیح آمیختگی شناختی، آموزش گسلش شناختی و فاصله گرفتن از افکار و مشاهده آن با استفاده از استعاره قطار	شناسایی افکار مزاحم	تمرین گسلش شناختی در طول هفته و بررسی تأثیر آن

جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف و تمرین خانگی
ششم	آشنایی با خود به عنوان زمینه	توضیح مفاهیم نقش، زمینه و انواع خود با استفاده از استعاره صفحه شطرنج	گسلش شناختی شروع شود	تمرین آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند.
هفتم	تصريح ارزش‌ها	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر	شناسایی انواع حس‌ها	مشخص کردن ارزش‌ها و اولویت‌بندی آن‌ها در حیطه‌های مختلف
هشتم	ایجاد تعهد برای عمل در راستای ارزش‌ها	ایجاد الگوهای منعطف رفتاری منطبق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد به عمل در راستای اهداف و ارزش‌ها	شروع به حرکت در جهت ارزش‌ها	شناسایی و اجرای طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و بررسی تأثیر آن
نهم	جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون	بررسی تغییرات سازنده در طول دوره درمانی و چگونگی تثبیت آن‌ها، ارائه خلاصه‌ای از جلسات درمانی، اجرای پس‌آزمون	داشتن تعهد جهت تغییر و حرکت در مسیر ارزش‌ها	

برنامه جلسات درمانی راه‌حل محور با توجه به منابع مربوط به این رویکرد درمانی نلسون و توماس^۱ (۲۰۰۷)، بدون تغییر تدوین شد.

جدول ۲: شرح خلاصه جلسات درمان راه‌حل محور

جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف و تمرین خانگی
اول	برقراری رابطه درمانی	معارفه و آشنایی، بیان اهداف پژوهشی، تعداد جلسات و قوانین و مقررات گروه، اجرای پیش‌آزمون	آشنایی کافی	مشخص کردن موارد مثبتی که درمان‌جویان تمایل دارند در زندگی آن‌ها تداوم یابد.

1. Nelsonand Thomas

جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف و تمرین خانگی
دوم	تبدیل مشکل به اهداف قابل دسترس	تمرکز نکردن بر مشکل، تعیین اهداف ملموس، عینی، مثبت و عملی	تعریف مجدد مشکلات و راه حل ها	شناسایی اهداف مشخص عینی و ملموس به جای تمرکز بر مشکل
سوم	بررسی راه حل های برطرف کننده شکایات	تدوین راه حل ها با بررسی تغییرات مثبت	آغازگری و برانگیختگی برای شروع فرایند	مشخص کردن کارهایی که پس از رفع مشکل درمان جویان به انجام دادن آن تمایل دارند.
چهارم	بررسی میزان تعهد و امیدواری	استفاده از مقیاس بندی برای ارزیابی میزان تعهد و امیدواری افراد برای حل مشکل	ارزیابی عینی و موقعیت سنجی بهینه	مشخص کردن مشکلات و مقیاس بندی آن
پنجم	بررسی استثنای زندگی	کمک به درمان جویان در جهت یافتن استثناها، ایجاد امید در جهت تغییر و مقابله با مشکل	کم کردن اعداد مشکلات مقیاس بندی شده	شناسایی مواقعی که ناراحتی وجود ندارد یا از شدت کم تری برخوردار است.
ششم	آموزش راه حل یابی با استفاده از سؤال معجزه	پرسیدن سؤال معجزه و ترغیب درمان جویان به بیان توانمندی ها	تغییر دیدگاه بر اساس استثنائات	تفکر در مورد سؤال معجزه و شناسایی راه حل های مؤثر
هفتم	یافتن راه های متفاوت برای احساس، تفکر و رفتار	تأکید بر عملی کردن راه حل ها و جایگزین کردن افکار، احساسات و رفتار مناسب	شروع به عملی کردن راه حل ها	یافتن افکار، احساسات و رفتارهایی متفاوت از آنچه که تا به حال وجود داشته است.
هشتم	بررسی تغییرات سازنده و تثبیت آنها	برجسته سازی قابلیت ها و توانمندی های درمان جویان، چگونگی تثبیت تغییرات ایجاد شده	جایگزین کردن رفتارهای جدید	یادداشت نکات مثبت و نقطه ضعف های درمانگر، روش آموزشی و طرح پژوهشی
نهم	جمع بندی جلسات، اجرای پس آزمون	ارائه خلاصه ای از جلسات درمانی، دریافت بازخورد از درمان جویان، اجرای پس آزمون	تغییر افکار، احساسات و رفتار بر اساس موارد مطرح شده	

روش

در ابتدا در هر سه گروه پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه کیفیت زندگی اجرا شد. سپس گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمان راه‌حل مدار طی ۹ جلسه ۲ ساعته تحت درمان قرار گرفتند و گروه کنترل درمانی دریافت نکردند و بنا شد که بر اساس نتایج به‌دست آمده بهترین درمان بعد از مداخلات برای این گروه نیز اجرا شود. در انتها نیز در هر سه گروه پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه کیفیت زندگی دوباره اجرا و داده‌های پژوهش تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

با توجه به اینکه طرح پژوهش حاضر از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود، برای تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است. یکی از این پیش‌فرض‌ها، نرمال بودن توزیع نمرات است. برای بررسی این پیش‌فرض از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. نتایج آزمون برای متغیرهای حیطه جسمی، حیطه روان‌شناختی، حیطه روابط اجتماعی، حیطه محیطی و مقیاس کلی کیفیت زندگی و مقیاس کلی افسردگی در هیچ‌یک از مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل معنادار نیستند که ($P > 0/05$) نشان می‌دهد توزیع نمرات در این متغیرها نرمال است. پیش‌فرض بعدی که بررسی شد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها است. بدین منظور آزمون لون استفاده شد. مقادیر آماره F که نشان‌دهنده مقدار آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل است، در هیچ‌یک از مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار نیست ($P > 0/05$). با توجه به این نتیجه پیش‌فرض برابری واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش تأیید می‌شود. با توجه به اینکه مهم‌ترین پیش‌فرض‌های استفاده آزمون تحلیل کوواریانس رعایت شده است، نتایج اجرای این آزمون در جدول (۳) ارائه شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود با توجه به کنترل اثر پیش‌آزمون بر پس‌آزمون تفاوت میان گروه‌ها در پس‌آزمون کیفیت زندگی و افسردگی از لحاظ آماری معنادار است ($Sig.= 0/001$) بدین معنا که رویکردهای درمانی بر کیفیت زندگی و افسردگی اثربخش بوده‌اند.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی معناداری تفاوت میانگین‌ها در متغیر کیفیت زندگی و افسردگی

منبع	Df	Ms	F	Sig	Eta	Power
هر دو متغیر	۱	۱۲۳۶/۲۶	۲۶۶/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۴۳۱	۰/۵۱۶
پیش‌آزمون	۱	۱۲۳۶/۲۶	۲۶۶/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۴۳۱	۰/۵۱۶
گروه	۲	۱۷۶۳/۱۷	۲۲۵/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶۷	۰/۷۳۱
خطا	۳۲	۳۴/۱۰	۵/۳۰			
کل	۳۶					

در ادامه برای بررسی این فرضیه که بین میانگین نمرات کیفیت زندگی و افسردگی در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان راه‌حل‌مدار و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت وجود دارد، از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود با وجود اینکه هر دو روش تأثیر مطلوبی بر ارتقاء کیفیت زندگی داشته‌اند، اما روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان راه‌حل‌مدار تأثیر بیشتری داشته است.

جدول ۴. آزمون تعقیبی LSD به منظور تعیین تأثیر روش مؤثرتر بر کیفیت زندگی

گروه I	گروه‌های J	تفاوت میانگین‌های I-J	انحراف استاندارد	Sig.
راه‌حل‌مدار	اکت	-۵/۴۸	۲/۲۹	۰/۲۱
راه‌حل‌مدار	کنترل	۲۱/۶۴	۲/۳۱	۰/۰۰۱
اکت	راه‌حل‌مدار	۵/۴۸	۲/۲۹	۰/۲۱
اکت	کنترل	۲۷/۱۲	۲/۲۹	۰/۰۰۱
کنترل	راه‌حل‌مدار	-۲۱/۶۴	۲/۳۱	۰/۰۰۱
کنترل	اکت	-۲۷/۱۲	۲/۲۹	۰/۰۰۱

همچنین همان‌گونه که در جدول (۵) نتایج قابل مشاهده است، با وجود اینکه هر دو روش تأثیر مطلوبی بر افسردگی داشته‌اند، اما روش درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به روش درمانی راه‌حل‌مدار تأثیر بیشتری داشته است. همچنین بین دو روش و تأثیر آن بر افسردگی تفاوت معنادار وجود ندارد.

جدول ۵: آزمون تعقیبی LSD به‌منظور تعیین تأثیر روش مؤثرتر بر افسردگی

گروه I	گروه‌های J	تفاوت میانگین‌های I-J	انحراف استاندارد	Sig.
راه‌حل‌مدار	اکت	۰/۹۹۷	۰/۹۱۸	۰/۲۸۳
	کنترل	-۸/۱۹	۰/۹۰۵	۰/۰۰۱
اکت	راه‌حل‌مدار	-۰/۹۹۷	۰/۹۱۸	۰/۲۸۳
	کنترل	-۹/۱۹	۰/۹۳۰	۰/۰۰۱
کنترل	راه‌حل‌مدار	۸/۱۹	۰/۹۰۵	۰/۰۰۱
	اکت	۹/۱۹	۰/۹۳۰	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه‌حل‌مدار بر کیفیت زندگی و افسردگی دختران جوان دچار افسردگی بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که هر دو گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کیفیت زندگی بیشتر و افسردگی کم‌تری داشتند. به این معنی که درمان راه‌حل‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی دختران جوان نمونه پژوهش مؤثر بوده‌اند. مقایسه نتایج پس‌آزمون دو گروه نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری نسبت به درمان راه‌حل‌مدار هم بر افسردگی و هم بر کیفیت زندگی داشته است. همچنین نتایج نشان داد که بین دو گروه آزمایش و تأثیر آن بر افسردگی و کیفیت زندگی تفاوت معنادار وجود ندارد.

بخشی از یافته‌های بالا بیان‌کننده اثربخش بودن درمان راه‌حل‌مدار بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی بود که با نتایج پژوهش‌های عزیزی و قاسمی (۱۳۹۶)، محمودی، مداحی، پورشریفی و مسچی (۱۳۹۸) و داودی (۱۳۹۷) همسو است. در تبیین اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی می‌توان گفت که یافتن استثناها در زندگی مراجع می‌تواند مراجع را به آینده‌ای بهتر امیدوار کند. در جریان درمان، درمانگر تمرکز مراجع را به موقعیت‌هایی سوق می‌دهد که در آن مشکل به هر دلیلی رخ نداده است (کوئیک، ۱۳۹۵) و با تمرکز بر مسأله‌گشایی به جای فنون روان‌درمانی، اعضای گروه را ترغیب می‌کند تا دیدگاه‌ها و راهکارهای ذهنی و عملی کارآمد را اتخاذ کنند. در درمان راه‌حل‌محور به جای تمرکز بر علل ایجاد مشکل، بر شناسایی راه‌حل‌ها تأکید می‌شود. در درمان افسردگی با

رویکرد راه حل محور به مراجع کمک می‌شود تا استثناها و لحظاتی را شناسایی و تقویت کند که فرد افسرده نیست یا شدت افسردگی کمتر است؛ بدین ترتیب فرد متوجه می‌شود که افسردگی یک اتفاق دائمی و همیشگی نیست و فرد از توانایی و منابع لازم برای مواجهه مناسب با افسردگی و تبعات آن برخوردار است و همین امر باعث تغییرات شناختی بزرگی در فرد می‌شود که می‌تواند محرکی باشد برای ایجاد تغییرات بیشتر و مؤثرتر. بخشی از مداخلات این گروه پرسشگری مبتنی بر انگاره معجزه با هدف القای خوش‌بینی درباره آینده و در راستای تسهیل کاهش مسیر دستیابی به راه حل و هدف است که پس از تنش‌زدایی و دشواری‌های ناشی از شکست هیجانی رخ می‌دهد. در مجموع، فنون و تکنیک‌های درمان راه‌حل‌مدار سبب می‌شود که مراجعان تفکر و نگرش خود را درباره مشکلات ناشی از شکست هیجانی تغییر دهند و با ایجاد احساسی بهتر در آن‌ها نسبت به خودشان و در کل زندگی، نمایان کردن نقاط قوت و موفقیت‌هایشان، آن‌ها را به سمت راه‌حل‌های موجود هدایت کرده و از این طریق مراجعان خود را توانمندتر ارزیابی می‌کنند و تلاش برای فعالیت‌های مفید را بیشتر می‌کنند. همه این تغییرات موجب افزایش ابعاد کیفیت زندگی از جمله احساس نیرو و انرژی بیشتر، کاهش درد، افزایش عملکرد فیزیکی و روانی در دختران جوان دچار افسردگی می‌شود. به همین شیوه بر طبق اصل مشکل - استثناء در درمان راه‌حل‌مدار افسردگی به صورت افسردگی - عدم افسردگی مفهوم‌سازی می‌شود؛ اعضای گروه در می‌یابند که افسردگی پیوسته نبوده و اگر بتوانند استثناهایی را برای مشکل بیابند، می‌توانند تغییر لازم را ایجاد کنند. در نتیجه ایجاد راه‌حل‌ها و امیدواری و افزایش ابعاد کیفیت زندگی مراجع، افسردگی او نیز کاهش خواهد یافت.

بخش دیگری از یافته‌های پژوهش حاضر بیان‌کننده اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی بود که با نتایج پژوهش مفید و همکاران (۱۳۹۶) و بهروز و همکاران (۱۳۹۵) همخوانی دارد.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی و همچنین تأثیر بیشتر این درمان باید گفت که موضوع این شیوه روان‌درمانی کنش‌های ارزش محور و مبتنی بر وضعیت‌های مسلازم با ذهن‌آگاهی است. در این شیوه روان‌درمانی همه اندیشه‌ها و احساس‌های آزاردهنده منفی که در ایجاد و پایداری اختلال

خلقی افسردگی نقش دارند، ناشی از ذهن ناهماهنگ با امر واقع دانسته می‌شود؛ بنابراین، بر اساس افزایش واقع‌نگری و گشودگی به تجربه مراجع آن‌ها را پذیرفته و برای تغییر یا کنترل آن‌ها تلاشی نمی‌کند. در حالی که در درمان راه‌حل‌مدار چندان که در شیوه‌های سنتی معمول بود، مراجعان باید تفکر و نگرش خود را درباره مشکلات زندگی کنترل و تغییر دهند. دختران افسرده تحت درمان با این رویکرد می‌آموزند که به جای غرق شدن در زندگی از دست رفته خود و سختی‌ها و دشواری‌هایی که ممکن است در آینده با آن مواجه شوند، اهداف منطبق بر ارزش‌های خود را شناسایی کنند و حتی با وجود افکار و احساسات فرساینده‌ای که موجب افسردگی فرد و کاهش کیفیت زندگی او می‌شوند، متعهدانه به اهداف خود پایبند باشند تا بتوانند بهتر و مؤثرتر زندگی و شرایط خود را مدیریت کنند و در کنار آرامش روانی و جسمانی و روابط اجتماعی بهتر از زندگی سالم‌تر و شاداب‌تری بهره‌مند شوند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مراجع این امکان را می‌دهد که نخست به دگرگون ساختن نحوه تلقی و تعامل با تجارب درونی، کاهش اجتناب تجربه‌ای و افزایش انعطاف روان‌شناختی و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند اقدام کنند. همچنین این شیوه روان‌درمانی بر غنی ساختن یک رابطه فارغ از قضاوت و برخوردار از شفقت با تجارب تأکید می‌شود. همچنین در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل آموزش عمل مبتنی بر ارزش توأم با تمایل به عمل به‌عنوان اهداف معنادار شخصی پیش از حذف تجارب، باعث می‌شود دختران هنگام مواجهه با فشار روانی ناشی از افسردگی، با بیان افکار و احساسات خود به شیوه‌ای مستقیم برای خود ارزش قائل شوند و با حفظ خویشتن تحریک‌پذیری، غم، بی‌تابی، بی‌قراری و سایر تنش‌های ناشی از شکست هیجانی را کاهش دهند؛ بنابراین، با غلبه بر افسردگی، ارزیابی بهتری از خود خواهند داشت و با تلاش دوباره کیفیت زندگی آن‌ها بالا خواهد رفت.

در مجموع، تفاوت دو رویکرد راه‌حل‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی دختران جوان دچار افسردگی این است که در جریان درمان راه‌حل‌مدار، درمانگر تمرکز مراجع را به موقعیت‌هایی سوق می‌دهد که در آن مشکل به هر دلیلی رخ نداده است، و مراجع را برای تغییر و کنترل تفکر و نگرش خود درباره مشکلات ناشی از شکست هیجانی تشویق می‌کند. در حالی که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای تغییر شناخت‌ها و چالش با آن‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و

احساساتش افزایش یابد؛ یعنی به جای تغییر شکل، محتوا یا فراوانی افکار و احساسات؛ کارکرد افکار و احساسات تغییر می‌یابد. همچنین آگاهی نسبت به تجارب اجتناب شده و پذیرش آن و پایبندی به عمل بر طبق ارزش‌ها در حوزه‌های مختلف زندگی، از دلایل دیگر اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان راه‌حل‌مدار بر افسردگی و کیفیت زندگی است.

از جمله محدودیت‌های پژوهش این بود که شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر دختران جوان دچار افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران بودند، باید در تعمیم یافته‌ها به افراد با سایر مشکلات روانی و همچنین جنس مذکر، احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر در جامعه مردان و زنان سایر شهرها با داشتن سایر اختلالات روانی نیز انجام شود و تفاوت‌های احتمالی نتایج آن پژوهش‌ها با یافته‌های این پژوهش بررسی شود. شایان ذکر است که همه موازن اخلاقی درخور این پژوهش شبه آزمایشی، اعم از مشارکت آگاهانه طبق ضوابط ارزشی و اخلاقی APA رعایت شد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمامی عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری دادند نهایت قدردانی و تشکر را داریم.

منابع

- الهی‌فر، حسن، قمری، محمد و زهراکار، کیانوش (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی آموزش رویکرد مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و درمان پذیرش و تعهد بر افزایش شادکامی معلم‌های زن. *روان‌شناسی کاربردی*، ۱۳(۱): ۱۵۱-۱۴۱.
- داودی، ن. (۱۳۹۷). *اثربخشی درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان دارای سقط مکرر*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز.
- عزیزی، آرام و قاسمی، سیمین (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی سه رویکرد راه‌حل‌مدار، شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان مطلقه. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۸(۲۹): ۲۰۷-۲۳۶.
- کوئیک، الن (۱۳۹۵). *روان‌درمانی راهبردی راه‌حل‌مدار*. ترجمه سمیه شاهمرادی و مریم

فاتحی‌زاده. تهران: ساوالان.

مبارکی اصل، نوشین، میرمظاهری، ریحانه، درگاهی، رقیه، حدادی، زهرا و منتظر، مجید (۱۳۹۸). ارتباط صفات شخصیت، اضطراب، افسردگی و ناامیدی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه بیماری‌های پستان ایران*. ۱۲ (۳): ۶۰-۷۱.

مفید، وحیده، فاتحی‌زاده، مریم و درستی، فاطمه (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان بزهکار زندانی در شهر اصفهان. *پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی ایران*. ۳ (۱۸)، ۳۰-۱۷.

محمودی، فرح، مداحی، محمدابراهیم، پورشریفی، حمید و مسچی، فرحناز (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد و گروه درمانی شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی. *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*. ۸ (۴): ۴۳-۵۲.

- Azizi, A. and Ghasemi, S. (2017). Comparison the effectiveness of solution-focused therapy, cognitive-behavior therapy and acceptance and commitment therapy on depression and quality of life in divorced women. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 8 (29): 207-236.
- Baciu, C. and Baciu, A. (2015). Quality of life and students' socialization through sport. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 209, 78-83. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.11.260>.
- Budowski, M., Schief, S. and Sieber, R. (2016). Precariousness and quality of life a qualitative perspective on quality of life of households in precarious prosperity in Switzerland and Spain. *Applied Research in Quality of Life*, 11 (4): 1035-1058.
- Davoody, N. (1397). *The effectiveness of short-term solution-based treatment on depression and quality of life in women with recurrent miscarriage*. M.A thesis Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahwaz. (Text in Persian).
- Elahi Far, H., Ghamari, M. and Zaharakar, K. (2020). Comparison of the effectiveness of teaching the approach based on improving the quality of life and treating acceptance and commitment to increase the happiness of female teachers. *Applied Psychology*, 13 (1): 151-141. (Text in Persian).
- Goldenberg, H. and Goldenberg, I. (2017). *Family therapy: An overview*, 9th Edition. Cengage Learning.
- Harris, R. (2007). *Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Introductory Workshop Handout*. [Internet]. Available from: <http://www.actmindfully.com.au>
- Kim, H. (2006). Client growth and alliance development in solution-focused brief family therapy. *Unpublished doctoral dissertation*, the State University of New York, Buffalo.
- Mobaraki Asl, N., Mirmazhari, R., Dargahi, R., Hadadi, Z. and Montazer, M.

- (2019). Relationships among personality traits, anxiety, depression, hopelessness, and quality of life in patients with breast cancer. *Iranian Journal of Breast Diseases*. 12 (3):60-71(Text in Persian).
- Mofid, V., Fatehizadeh, M. and Dorosti, F. (2017). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression and quality of life of women criminal prisoners in Isfahan city. *Strategic Research on Social Problems in Iran University of Isfahan*, 6 (3): 17-30. (Text in Persian).
- Mahmoudi, F., Maddahi, M., Poursharifi, H., Meschi, F. (2019). Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment group therapy and cognitive-behavioral group therapy on quality of life, anxiety and depression in patients with functional indigestion. *Journal of Health Promotion Management*. 8 (4):43-52
- Nelson, T.S. and Thomas, F.N., (2007). *Handbook of solution-focused brief therapy: Clinical applications*. Binghamton. New York: Haworth Press.
- Quick, E. (2016). *Solution-oriented strategic psychotherapy*. Translated by Somayeh Shahmoradi and Maryam Fatehizadeh. Tehran: Savalan.
- Slekiene, J. and Mosler, HJ. (2018). Does depression moderate handwashing in children? *BMC Public Health*, 18 (82): 1-9.

Abstracts

Psychological Studies
Research Article
Submit Date: 2019-11-12

Vol.16, No.2, Summer 2020
page: 141-156
Accept Date: 2020-09-07

**Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment
Therapy and Solution-focused Therapy on Quality of Life and
Depression in Young Girls**

Zahra Zahedi¹, Ahmad Amani², Arman Azizi*³, Ghaffar Nasiri Hanis⁴,
Fatemeh Zarein⁵ and Narges Vizheh ravari⁶

Abstract

A mental disorder depression is one of the major causes of quality of life that can impair educational, family, and social functioning to the point of disability. The research aim was to compare the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Solution-focused Therapy on Quality of Life and Depression in depressed young girls. This study was semi-experimental that used pretest and post-test design with a control group. The study population included all depressed girls that referred for treating depression in the year 2019 to counseling centers in Tehran. The sample included 40 depressed young girls, selected by available sampling method that were randomly assigned to three groups of Acceptance and Commitment Therapy; Solution-focused therapy and a control group. Data collected with a depression questionnaire and a quality of life questionnaire. Then

-
1. M A, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Hormozgan, Hormozgan, Iran. hh_kh64@yahoo.com
 2. Associate Professor, Counseling Department, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran. Ahmad_counsellor@yahoo.com
 3. *Corresponding Author: PhD, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran. Armanazizi2020@gmail.com
 4. PhD student, Department of Psychology, University of Khoramabad, Khoramabad, Iran. gh.nasiri.hanis@gmail.com
 5. MA in counseling, Department of Counseling, Azad University, research sciences, Yazd Unit, Iran. zareinfateme6@gmail.com
 6. M A, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Azad University of Hormozgan, Hormozgan. nargesvizhehravary@gmail.com
- DOI: 10.22051/psy.2020.29120.2082
<https://psychstudies.alzahra.ac.ir/>

Acceptance and Commitment Therapy and Solution-focused Therapy for 9 sessions of 2 hours treated and the control group did not receive anything. Data were analyzed using multiple covariance analyses. Although the results showed that both treatments had a positive effect on depression and improved quality of life, but acceptance commitment therapy was more effective, and there is no significant difference between the two treatments in both variables. Therefore, acceptance and commitment therapy can be a treatment of choice to reduce depression and improve quality of life in depressed young girls.

Keywords: *Acceptance and commitment therapy, depression, quality of life, solution-focused therapy*