



Research Article

Investigating the Effectiveness of Process-based Therapy on Depression in Women with Iron Deficiency Anemia and Generalized Anxiety Disorder: Single Subject Study

Yasaman Kasiri ¹ , Ghodratollah Abbasi ^{2,*} , Bahram Mirzayian ³ 

¹ Ph.D. candidate in psychology, Sari branch, Islamic Azad university, Sari, Iran

² Associated Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

* **Corresponding author:** Ghodratollah Abbasi, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran. E-mail: gh_abbasi@iausari.ac.ir

DOI: [10.61186/jams.26.6.34](https://doi.org/10.61186/jams.26.6.34)

How to Cite this Article:

Kasiri Y, Abbasi Gh, Mirzayian B. Investigating the Effectiveness of Process-based Therapy on Depression in Women with Iron Deficiency Anemia and Generalized Anxiety Disorder: Single Subject Study. *J Arak Uni Med Sci.* 2024;**26**(6):34-42. DOI: [10.61186/jams.26.6.34](https://doi.org/10.61186/jams.26.6.34)

Received: 13 Jun 2023

Accepted: 15 Apr 2024

Keywords:

Process-based Therapy
Depression
Generalized Anxiety
Iron Deficiency Anemia

© 2024 Arak University of Medical Sciences

Abstract

Introduction: A woman due to menstruation, pregnancy and poor iron intake and absorption it is prone to iron deficiency anemia and its effects. The aim of this study was to investigate the effectiveness of process-based treatment on anxiety in women suffering from iron deficiency anemia and generalized anxiety disorder.

Methods: It was performed by utilizing a single-case experimental design. In doing this, six female participants suffering from iron deficiency anemia were selected through purposive sampling and placed under the individual process-based therapy during nine 60-minute sessions. In the pre-treatment stage, the participants responded to Newman, Zueling, Kachin and Constantino's fourth version of the generalized anxiety disorder questionnaire and underwent clinical interviews. They also completed the Beck's depression inventory in the baseline stages and third, sixth and ninth sessions of the intervention and finally at the 3-month follow up stages. The data were analyzed by the method of visual analysis, stable change index and recovery percentage formula, and the effectiveness of the treatment was evaluated using the Ingram criteria.

Results: The results showed that the percentage of overall recovery in depression for the first to sixth participants in the intervention stage was 49/26, 50/54, 59/27, 76/20, 54/41, 87/57, and in the follow-up stages was 70/10, 64/70, 75/93, 78/61, 77/57, 93/84, respectively. Also, the percentage of overall recovery in the intervention and follow-up stages was 57/90 and 75/30; respectively indicating to a success in therapy.

Conclusions: Process-based therapy reduces depression of the research participants and it is suggested to be used as a method of treatment and complementary to medical treatment to remedy comorbid mental disorders and improve the general performance of people with anemia.

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر فرآیند بر افسردگی زنان مبتلا به کم‌خونی ناشی از فقر آهن دارای اختلال اضطراب فراگیر: مطالعه تک موردی

یاسمن کثیری^۱، قدرت اله عباسی^{۲*}، بهرام میرزاییان^۳

^۱ دانشجوی دکتری رشته روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

^۲ دانشیار گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

^۳ استادیار گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

* نویسنده مسئول: قدرت اله عباسی، دانشیار گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران. ایمیل: gh_abbasi@iausari.ac.ir

DOI: 10.61186/jams.26.6.34

چکیده	تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۱۶
مقدمه: زن به‌عنوان عضوی از جامعه که دارای مسئولیت‌های متعدد و مهم است به رشد و توسعه خانواده و جامعه کمک می‌کند؛ و به دلیل دوران قاعدگی، بارداری و دریافت و جذب ضعیف آهن در برابر کم‌خونی ناشی از فقر آهن و عوارض روان‌شناختی آن از جمله افسردگی آسیب‌پذیر است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر فرآیند (PBT یا Process Based Therapy) بر افسردگی زنان مبتلا به کم‌خونی ناشی از فقر آهن دارای اختلال اضطراب فراگیر بود.	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۱۲
روش کار: پژوهش حاضر یک طرح آزمایشی تک موردی بود. به این منظور، شش شرکت‌کننده زن مبتلا به کم‌خونی ناشی از فقر آهن به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و پروتکل PBT در طی نه جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بر روی آنها اجرا گردید. شرکت‌کننده‌ها در مرحله پیش از درمان، به نسخه چهارم پرسش‌نامه اختلال اضطراب فراگیر نیومن و همکاران پاسخ دادند و مصاحبه بالینی شدند. در مراحل درمان نیز به سیاهه افسردگی بک پاسخ دادند. داده‌ها به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا و فرمول درصد بهبودی تحلیل گردید و همچنین ارزیابی اثربخشی درمان با استفاده از ملاک‌های اینگرام انجام شد.	واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر فرآیند افسردگی اختلال اضطراب فراگیر کم‌خونی ناشی از فقر آهن تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی اراک محفوظ است.
یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد درصد بهبودی برای آزمودنی اول تا ششم در مرحله درمان به ترتیب ۴۹/۲۶، ۵۰/۵۴، ۵۹/۲۷، ۷۶/۲۰، ۵۴/۴۱ و ۵۷/۸۳ و در مرحله پیگیری به ترتیب ۷۰/۱۰، ۶۴/۷۰، ۷۵/۹۳، ۷۸/۶۱، ۷۷/۵۷ و ۸۴/۹۳ بود. همچنین درصد بهبودی کلی در مرحله درمان و پیگیری به ترتیب برابر با ۵۷/۹۰ و ۷۵/۳۰ بود که نشانه موفقیت در درمان بود.	
نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر فرآیند موجب کاهش افسردگی آزمودنی‌های پژوهش گردید. از این رو پیشنهاد می‌شود به‌عنوان یکی از شیوه‌های درمانی و مکمل درمان پزشکی، جهت درمان اختلالات روانی همراه و بهبود عملکرد کلی افراد مبتلا به آنمی به کار رود.	

مقدمه

آن می‌توان به کم‌خونی فقر آهن ناشی از قاعدگی یا بارداری اشاره کرد (۴).

زن به‌عنوان عضوی از جامعه که دارای مسئولیت‌های متعدد و مهم است و به رشد و توسعه خانواده و جامعه کمک می‌کند؛ به دلیل دوران قاعدگی، بارداری و دریافت و جذب ضعیف آهن، در برابر کم‌خونی ناشی از فقر آهن و اثرات آن آسیب‌پذیر است (۵-۴). شواهد فزاینده‌ای نشان می‌دهد افسردگی با کم‌خونی ناشی از فقر آهن همبسته است (۵-۹). بر اساس ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی افسردگی که یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی در طول زندگی است در زنان سه برابر مردان بروز می‌کند. علائم اصلی افسردگی، غمگینی شدید و یا ناتوانی از تجربه کردن خوشی و لذت است (۱۰). از آنجایی که کمبود آهن یک بیماری قابل درمان است که ممکن است به افسردگی کمک کند، کم‌خونی با افزایش احتمال افسردگی مرتبط

کم‌خونی یک وضعیت چندعاملی است که به‌عنوان پایین‌بودن غیرطبیعی تعداد گلبول‌های قرمز یا سطح هموگلوبین تعریف می‌شود و می‌تواند با انواع مشکلات جدی سلامتی مانند خستگی و ضعف شدید، اختلالات عصبی، بیماری‌های قلبی عروقی و غیره همراه باشد (۱). بیش‌ترین شیوع کم‌خونی ناشی از فقر آهن (Iron Deficiency Anemia) (IDA) در زنان و کودکان پیش‌دبستانی مشاهده می‌شود (۲). از جنسیت مؤنث نیز به‌عنوان یکی از عوامل خطر مستقل برای بروز اختلال‌های روان‌پزشکی در افراد مبتلا به کمبود آهن یاد شده است (۳). بر اساس داده‌های یک مطالعه ملی کوهورت پرشین (مطالعه اپیدمیولوژیک آینده‌نگر در زمینه بیماری‌های مزمن غیرواگیر) شیوع کم‌خونی در زنان ایران به میزان قابل توجهی بالاتر از مردان است؛ در واقع شیوع کم‌خونی در تمام گروه‌های سنی زنان ۱۲/۵ (درصد) به طور قابل توجهی بیشتر از مردان ۴/۵ (درصد) است که از جمله علل اصلی

پیشرفت بیمار در طول زمان و درمان علائم بر اساس تجربیات فعلی و همچنین درک گذشته بیمار و پیش‌بینی تجربیات آینده تأکید دارد (۲۰). در حقیقت، رویکرد مبتنی بر فرایند، اجازه می‌دهد تا به طور همزمان بر فرد، زمینه و نشانه‌های بالینی تأکید شود (۲۱). لازم به ذکر است که تا کنون مطالعه‌ای در زمینه مداخلات مبتنی بر فرایند انجام نشده است؛ ولی به نظر می‌رسد یکی از مداخلاتی است که امروزه می‌تواند در کاهش عوارض روان‌شناختی فقر آهن از جمله افسردگی مؤثر باشد.

با وجود اینکه درمان‌های شناختی - رفتاری با دارا بودن پشتوانه پژوهشی خوبی به عنوان درمان‌های انتخابی برای افسردگی و سایر مشکلات روان‌شناختی کارایی خود را نشان داده‌اند (۲۲)، اما نسبت بالایی از افرادی که درمان شده‌اند معیارهای بهبودی کامل در کارکرد را نشان نمی‌دهند. این موضوع نشانگر آن است که برای درمان مؤثر این مشکلات هنوز جای پیشرفت زیادی وجود دارد (۲۳-۲۴). از این رو واژه درمان شناختی - رفتاری در حال حاضر بسیار محدود شده است، زیرا تغییر درمانی که رخ می‌دهد به هیچ وجه به‌خاطر فرایندهای شناختی رفتاری به‌تنهایی نیست. سایر فرایندهایی که در این مسیر مؤثر هستند عبارتند از عوامل اجتماعی، انگیزشی، عاطفی، اپی‌ژنتیکی، عصبی‌زیستی و تکاملی (۲۱). تاکنون با این مدل درمانی؛ یعنی مبتنی بر فرایند، پژوهشی در مورد عوارض روان‌شناختی کم‌خونی یا سایر مشکلات روان‌شناختی انجام نشده است و در این زمینه پیشینه پژوهشی وجود ندارد. از بیشتر بودن خطر بروز اختلالات روانپزشکی در افراد مبتلا به کمبود آهن (۲۵) و عدم توجه کافی به عوارض روان‌شناختی فقر آهن نتیجه می‌گیریم که برای بهبود کیفیت زندگی زنان باید به تظاهرات غیر هماتولوژیک این عنصر کمیاب توجه بیشتری شود (۲۶). اما پارامتر محدودیت‌ها برای درمان‌های شناختی - رفتاری اختصاصی کنونی از جمله؛ ناکامی این درمان‌ها در بهبود بخش قابل ملاحظه‌ای از مراجعان، وجود راهنما و دستورالعمل‌های متعدد برای هر یک از اختلال‌ها، مقرون به صرفه نبودن از نظر وقت و هزینه برای متخصصان در استفاده از راهنما، دستورالعمل یا پروتکل‌های درمانی متفاوت و گذراندن دوره‌های کارورزی طولانی‌مدت و متعدد برای درمان هر یک از اختلال‌ها، ایجاد سردرگمی در انتخاب دستورالعمل مناسب مراجع برای متخصصان بالینی و در نهایت پیچیده بودن فرایند انتشار یا تدوین دستورالعمل‌های درمانی برای تهیه‌کنندگان، ضرورت پدیدآیی و انتشار درمان‌های جدی را ایجاب می‌کند (۲۷). در نتیجه بررسی کارایی و اثربخشی درمان‌های جدید با امید به اینکه مشکلات و مسائل درمان‌های قبلی را نداشته باشند حائز اهمیت است؛ بنابراین سؤال اصلی این پژوهش این است که آیا درمان مبتنی بر فرایند بر افسردگی زنان مبتلا به کم‌خونی فقر آهن همبند با اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است؟ برای پاسخگویی به این سؤال از ملاک‌های اینگرام (۲۸) استفاده شد. این ملاک‌ها که برای ارزیابی کارایی بالینی رویکردهای درمانی به کار می‌روند، به شش سؤال اساسی پاسخ می‌دهند که عبارتند از: درمان تا چه اندازه قادر به افزایش یا کاهش متغیر وابسته شده است؟ (اندازه تغییر)، درمان در سایر حوزه‌های زندگی چقدر تغییر ایجاد کرده است؟ (عمومیت تغییر)، نتایج درمان چقدر دوام داشته است؟ (ثبات)، آیا مراجعی فرایند درمان را رها کرده است؟ (میزان پذیرش) و آیا درمان پیامدهای منفی برای افراد شرکت‌کننده داشته است؟

است (۱۱). احتمال افسردگی در افراد مبتلا به کم‌خونی درمان نشده ۲/۶ برابر بیشتر از افراد عادی است (۱۲)

در کشور ما تاکنون مطالعه‌ای به عوارض غیر هماتولوژیک یا روان‌شناختی آنمی (فقر آهن) و اثربخشی مداخلات درمانی در بهبود آن نپرداخته است؛ بنابراین توجه به درمان‌های روان‌شناختی به‌عنوان درمان‌های مکمل در کنار درمان‌های دارویی لازم و ضروری است. همچنین در زمینه بررسی اثربخشی مداخلات درمانی بر روی اختلال‌های روان‌شناختی از جمله افسردگی زنان پیشینه ضعیف و مطالعات انگشت‌شماری وجود دارد و اکثر این مطالعات درمان شناختی رفتاری را مورد مطالعه قرار داده‌اند. به‌عنوان نمونه این مطالعات نشان داده‌اند که شناخت درمانی مبتنی بر هشیاری فراگیر (MBCT) در درمان و جلوگیری از عود و بازگشت اختلال افسرده‌خویی (۱۳)، درمان شناختی - رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری و درمان شناختی - رفتاری کلاسیک در کاهش نشخوار فکری و علائم افسردگی (۱۴)، درمان شناختی - رفتاری نیز بر اضطراب و افسردگی بیماران زن مبتلا به آسم مؤثر بوده است (۱۵). همچنین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نیز بر افسردگی، اضطراب، استرس ادراک شده و کیفیت زندگی زنان مبتلا به ویروس ایدز مؤثر بود (۱۶). همان‌طور که مشخص است معبود مطالعات انجام شده در حوزه زنان نیز از روش‌های متنوع و جدید درمانی استفاده نکردند و از میان این پژوهش‌ها تعداد بسیار کمتری به عوارض روان‌شناختی بیماری‌های جسمانی در زنان پرداختند که این موضوع نشان‌دهنده خلاء و شکاف بین تحقیقات گذشته است.

علی‌رغم سهم قابل توجه درمان شناختی - رفتاری در درمان مؤثر نشانه‌های روان‌شناختی، پیشرفت این درمان را کم بوده است و میزان پاسخ‌دهی آن در چند سال گذشته کاهش یافته است. این رکود باعث شده است تا محققان بالینی به دنبال رویکردی باشند که در عوض بر فرایندهای تغییر و فرد در زمینه خاص متمرکز باشد (۱۷). درمان مبتنی بر فرایند رویکردی برای ارزیابی بالینی، مفهوم‌سازی و درمان است که شامل شناسایی و پرداختن به فرایندهای اصلی تغییر با تمرکز بر مشکلات و نگرانی‌های مراجع است. PBT یک درمان جدید نیست؛ اما یک چارچوب جدید برای سازماندهی تکنیک‌های درمانی مبتنی بر شواهد است که با ابعاد روان‌شناختی اساسی مربوط به سازگاری انسان در یک زمینه خاص، از جمله شناخت، توجه، عاطفه، رفتار، خود، انگیزه، و همچنین سطوح بیوفیزیولوژیکی و اجتماعی و فرهنگی همراه است (۱۸). درمان مبتنی بر فرایند یک روش جدید برای مفهوم‌سازی درمان است که به مداخلات مبتنی بر شواهد، تفاوت‌های فردی مراجعان، عوامل زمینه‌ای و سیستمی مؤثر بر مراجع، و به نقاط قوت و آموزش درمانگران توجه می‌کند. همچنین، این رویکرد فرایندهای تغییر را در شش بعد (انگیزه، شناخت، عاطفه، رفتار، توجه و خود) و دو سطح (زیستی - بیوفیزیولوژی و اجتماعی - فرهنگی) سازماندهی می‌کند. هدف این درمان که نخستین بار توسط هافمن و هیز (۱۹) مطرح شد حرکت به سمت درک و هدف قراردادن فرایندهای تغییر در یک فرد معین و دورشدن از تحلیل‌های غیرمعمول و مبتنی بر گروه است که فرایندهای فردی مهم را که ممکن است برای درمان مؤثر و کارآمد، حیاتی باشند نادیده می‌گیرند. در PBT، درمانگران از میان طیف وسیعی از مداخلات مبتنی بر شواهد، درمانی را انتخاب می‌کنند که برای برآورده کردن نیازهای فرد در یک مقطع زمانی معین مناسب است. PBT بر دیبایی

روش کار

نوع مطالعه

این مطالعه کاربردی و جزء طرح‌های تک آزمودنی از نوع آزمایش بالینی و خط پایه چندگانه بود. در این نوع طرح‌ها پژوهشگر به بررسی اثر یک متغیر بر متغیر دیگر روی یک یا چند آزمودنی می‌پردازد و یکی از کاربردی‌ترین روش‌های آماری جهت کاهش یا افزایش رفتار آماجی است (۲۹). آزمودنی‌ها به ترتیب در مراحل خط پایه، درمان و پس از درمان و پیگیری شرکت می‌کنند.

شرکت‌کنندگان

جامعه آماری این پژوهش، کلیه زنان مبتلا به کم‌خونی دارای اختلال اضطراب فراگیر است که طی شش ماه دوم سال ۱۴۰۱ به مراکز بهداشت و سلامت محله شهر اراک مراجعه کرده بودند و نمونه‌گیری به شیوه هدفمند با همکاری آن مراکز انجام شد.

روش اجرا

ملاک‌های ورود عبارت بودند از: تشخیص قطعی پزشک به کم‌خونی ناشی از فقر آهن و ابتلای همزمان به اختلال اضطراب فراگیر بر اساس ملاک‌های تشخیصی (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) (5-DSM) روان‌شناس بالینی؛ کسب نمره حداقل ۷/۵ در پرسش‌نامه اختلال اضطراب فراگیر؛ انگیزش و رضایت بیمار برای شرکت در طول درمان و اجرای پژوهش؛ سن ۲۵ تا ۳۵ سال (با توجه به بازه سنی شیوع کم‌خونی فقر آهن)؛ داشتن حداقل سطح تحصیلات دیپلم؛ و عدم ابتلای فرد به اختلال شخصیت بر اساس مصاحبه تشخیصی طبق DSM-۵. عدم ابتلا به اختلال اصلی یا همایند به‌استثنای اختلال‌های مورد نظر این پژوهش، سابقه دریافت مداخلات درمانی روان‌شناختی و دارویی در

یک سال اخیر و در طول اجرای این پژوهش، خطر آشکار خودکشی در حال حاضر، سابقه سوء‌مصرف یا وابستگی مواد در حال حاضر و در طول یک سال قبل از شروع درمان. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل داشتن دو جلسه غیبت؛ عدم همکاری و انجام‌ندادن تکالیف مشخص شده در جلسات، عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش بود.

پس از انجام مراحل اداری انجام پژوهش با همکاری معاونت پژوهش و فناوری اطلاعات دانشگاه علوم پزشکی اراک و مراجعه به مرکز بهداشت، بر اساس فهرست دریافتی از کارشناسان نسبت به استخراج اسامی و شماره تلفن بیماران اقدام گردید. سپس از علاقمندانی که شرایط ورود به پژوهش را داشتند جهت پاسخگویی به پرسش‌نامه اختلال اضطراب فراگیر (GADQ-IV) دعوت به عمل آمد و با افرادی که حداقل نمره ۷/۵ را کسب کردند مصاحبه تشخیصی صورت گرفت؛ بنابراین بعد از لحاظ کردن ملاک‌های ورود از میان افراد واجد شرایط ۶ نفر به طور همزمان تحت درمان مبتنی بر فرایند بر طبق پروتکل هافمن و همکاران (خلاصه شده در جدول ۱) قرار گرفتند. ۹ جلسه درمان مبتنی بر فرایند به صورت دو جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در هفته برای افراد برگزار شد. طی هفته‌های اول و دوم (خط پایه) هر هفته دو بار و در هفته سوم یکبار هر ۶ نفر ابزار پژوهش (سیاهه افسردگی بک) را تکمیل کردند و در هفته سوم هر ۶ نفر وارد درمان شدند. یعنی هفته سوم مرحله آخر (پنجم) خط پایه اجرا شد و ۳ روز بعد در همان هفته سوم جلسه اول درمان برای افراد اجرا شد. همچنین در جلسه‌های ۳، ۶ و ۹ ابزارهای پژوهش اجرا شد. پس از اتمام درمان پیگیری‌های یک‌ماهه، ۱/۵ ماهه و سه‌ماهه نیز در مورد کلیه آزمودنی‌ها اعمال شد. پروتکل این درمان شامل برقراری اتحاد درمانی، بررسی شبکه (سیستم) مراجع، معرفی راهبردهای درمان، تقویت فرایندهای سازگار یا انطباقی، و مرور کلی بر فرایند درمان است که در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان مبتنی بر فرایند

جلسات	اهداف	فعالیت‌ها و محتوای جلسات
اول	برقراری اتحاد درمانی	آشنایی و اتحاد درمانی، توضیح در مورد رویکرد مبتنی بر فرایند و فرا‌الگوی تکاملی گسترده، ترسیم شبکه مراجع، شناخت بیماری کم‌خونی فقر آهن و عوارض آن
دوم و سوم	بررسی شبکه مراجع (ارزیابی بی‌خوابی و معرفی اجزای درمان)	واکاوی در فرا‌الگوی تکاملی گسترده فرد جهت یافتن متغیرهای واسطه‌ای یا فراوانی بالا که در ایجاد مشکلات وی نقش پررنگی دارند الف: معرفی منطق درمانی و معیار آموزش خواب ب: معرفی قانون‌های خواب- رژیم رفتاری بیخوابی ج: محاسبه زمان مجاز برای ماندن در تختخواب د: ارائه آموزش‌های اصلی بهداشتی خواب ه: مدیریت انتظارات بیمار و پایبندی به درمان و: تکلیف خانه
چهارم و پنجم و ششم	معرفی استراتژی‌های درمان	الف: مرور و اظهار نظر در مورد جلسه قبل و نشان دادن پیشرفت ب: پایه و منطق درمان شناختی برای بیمار ج: بحث در خصوص تکنیک نگرانی سازنده د: بحث در خصوص تکنیک ثبت افکار ه: تکلیف خانه
هفتم و هشتم	ادامه درمان و تقویت فرایندهای سازگار یا انطباقی	الف: مرور و اظهار نظر در مورد کار برگ نگرانی سازنده و ثبت افکار بیمار و نشان دادن پیشرفت ب: تعدیل توصیه‌های مربوط به زمان مجاز برای ماندن در تختخواب ج: مرور و تشویق تبعیت از برنامه درمانی د: حل مسئله ه: آموزش ذهن‌آگاهی و: درمان افسردگی
نهم	بررسی پایان دوره درمان	الف: مرور کلی فرایند درمان

ابزار گردآوری داده‌ها

برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلال‌های محور I (I-SCID) (Structured Clinical Interview for DSM):

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور I، مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است که توسط فرست و همکاران؛ به نقل از سگال (۳۰) تهیه شد. ترن و اسمیت (۳۱)، ضریب کاپای ۶۰ درصد را به‌عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID گزارش کرده‌اند. شریفی و همکاران (۳۲) این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، بر روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد) به دست آمده نیز خوب بود. از این ابزار به‌عنوان تأیید تشخیصی روان‌شناس استفاده گردید.

نسخه چهارم پرسش‌نامه اختلال اضطراب فراگیر (GADQ-IV) (Generalized Anxiety Disorder Questionnaire -IV): این

ابزار یک مقیاس خودگزارشی معتبر در مورد اضطراب فراگیر است که افرادی را که به دنبال یک مصاحبه بالینی جامع، ملاک‌های DSM برای اختلال مذکور را دریافت می‌کنند، تشخیص می‌دهد. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که GADQ-IV به طور صحیحی بیش از ۹۲ (درصد) از افرادی را که با ملاک‌های DSM، تشخیص بالینی اختلال اضطراب فراگیر را دریافت کردند، تشخیص داده است. سوالات این پرسش‌نامه وجود نگرانی افراطی و غیرقابل کنترل شامل نگرانی در مورد چیزهای کوچک در اغلب روزها البته در طی مدت کمتر از ۶ ماه مورد توجه قرار می‌دهد. نیومن و همکاران (۳۳) با شواهد اولیه معتبر یک فرمول برای به دست آوردن نمره کل از طریق ترکیب پاسخ‌ها به همه ماده‌ها (از صفر تا ۱۲) و یک نمره نقطه برش (یعنی نمره ۷/۵) برای مشخص کردن حالت احتمالی تشخیص اختلال اضطراب فراگیر ارائه می‌دهند. این محققان میانگین نمرات این پرسش‌نامه را در نمونه افراد غیر اضطرابی ۲/۶۹ با انحراف استاندارد (۳/۱۴) و پایایی بازآزمایی ۹۲ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر ضریب پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ در یک نمونه از افراد بهنجار ۰/۸۳ محاسبه شد. هدف از اجرای این ابزار در پژوهش کنونی تأیید تشخیصی است که بر اساس مصاحبه ساختاریافته به دست می‌آید.

سیاهه افسردگی بک - ویرایش دوم: این پرسش‌نامه توسط بک، استیر و کاربین (۳۴) تدوین شده و شامل ۲۱ گویه است. این سیاهه از ویژگی‌های روان‌سنجی قابل قبولی برخوردار است. در ایران فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون (۳۵) ضریب آلفای این آزمون را ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه را ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی با فاصله یک هفته را ۰/۹۴ گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ (درصد) محاسبه شد.

در پژوهش حاضر محقق و اجرا کننده جلسات توسط یک نفر انجام شده و تحلیل داده‌ها توسط آماریست متخصص انجام شده است. برای تحلیل داده‌ها از معنی‌داری بالینی استفاده شد. معنی‌داری بالینی به ارزش علمی یا اهمیت اثر مداخله‌ای که انجام شده است، اطلاق می‌

گردد. دو رویکرد عمده و پرکاربرد در معنی‌داری بالینی عبارت از «رویکرد شاخص تغییر پایا (RCI) (Reliable Change Index) و رویکرد مقایسه هنجاری» است. RCI اولین بار توسط جاکوبسن و تروکس جهت تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های تک‌موردی معرفی گردید. در این شاخص، نمره پس‌آزمون از نمره پیش‌آزمون تفریق و نتیجه به دست‌آمده بر خطای استاندارد تفاوت بین دو نمره تقسیم می‌گردد (۳۶). همچنین معنی‌داری بالینی از طریق فرمول درصد بهبودی که نخستین بار توسط بلانچارد و شوارز به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های تک‌موردی معرفی گردید. در این شاخص، نمره پس‌آزمون از نمره پیش‌آزمون تفریق و نتیجه به دست آمده بر خطای استاندارد تفاوت بین دو نمره تقسیم می‌گردد (۳۷).

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارزیابی کارایی، از روش‌های ترسیم دیداری یا نمودار گرافیکی، بهبود تشخیصی استفاده گردید و نتایج قبل و بعد از مداخله به صورت جدول در ادامه ارائه شده است.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر با کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1401.073 در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری و همچنین با کد IRCT20230706058686N1 در مرکز کارآزمایی بالینی ایران ثبت شده است. ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل موارد ذیل بود: الف) کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش با اختیار و تمایل خود شرکت کردند. ب) درباره اصول رازداری و محرمانه بودن هویت شرکت‌کنندگان به آنان اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات به‌صورت محرمانه باقی خواهد ماند. ج) در پایان از شرکت‌کنندگان در پژوهش تقدیر و تشکر به عمل آمد. د) شرکت‌کنندگان در صورت تمایل می‌توانستند هر زمانی که می‌خواستند از ادامه مشارکت انصراف دهند.

یافته‌ها

در جدول ۲ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان را می‌توان مشاهده کرد. در جدول ۳ اطلاعات مربوط به مراحل خط پایه، روند درمان و مراحل پیگیری هر شش شرکت‌کننده در مورد متغیر افسردگی را می‌توان مشاهده کرد. میانگین و سطح نمرات افسردگی در هر شش نفر در مراحل درمان و پیگیری نسبت به خط پایه کاهش یافت (جدول ۳) (نمودار ۱).

با توجه به جدول ۲، شاخص‌های تغییر پایا در پایان درمان و پایان مراحل پیگیری برای مراجع‌های اول -۶۴/۵ و -۰۳/۸، دوم -۹۷/۶ و -۹۵/۸، سوم -۸۳/۴ و -۲۹/۶، چهارم -۳۱/۶ و -۲۴/۷، پنجم -۵۶/۷ و -۷۷/۱، ششم -۹۸/۵ و -۷۸/۸ می‌باشد که با توجه به فرمول شاخص پایا، بیان‌کننده سطح معنی‌دار درمان مبتنی بر فرایند بر افسردگی در آزمودنی‌ها است. زمانی که این شاخص با ارزش بالاتر از باشد معنی‌دار بودن یافته‌های آماری را تأیید می‌کند و با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان نتیجه گرفت که تغییر یا بهبودی به دست آمده ناشی از مداخله است و تصادفی نمی‌باشد.

درصد بهبودی این شش آزمودنی پس از درمان به ترتیب ۲۶/۴۹، ۵۴/۵۰، ۲۰/۲۷، ۷۶/۵۹، ۴۱/۵۴ و ۸۳/۵۷ به دست آمد و درصد بهبودی

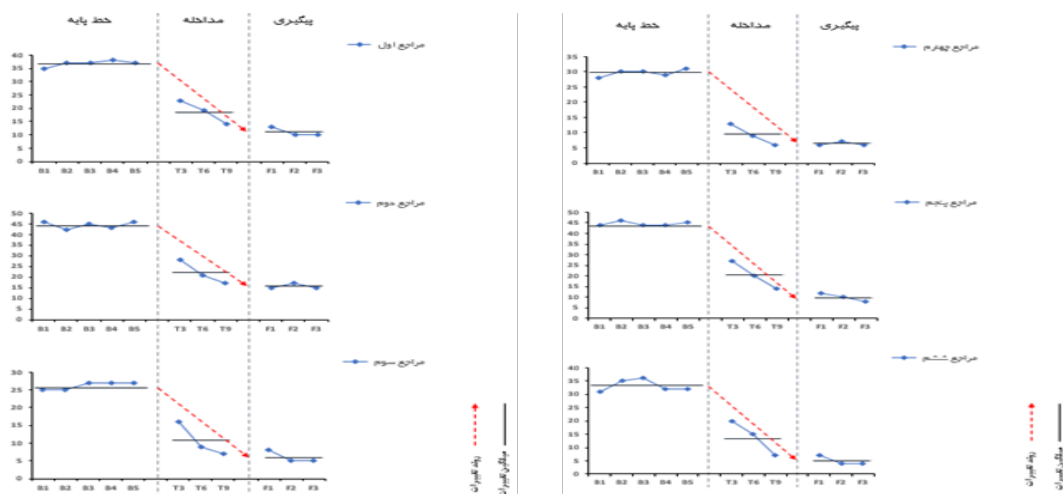
می توان گفت که درمان مبتنی بر فرایند بر افسردگی آزمودنی ها اثرگذار بوده و باعث کاهش افسردگی شده است. همانگونه که نمودار ۱ نشان می دهد میانگین نمره های متغیر افسردگی هر شش مراجع در مرحله درمان نسبت به مرحله خط پایه کاهش داشته است.

این شش فرد در مرحله پیگیری به ترتیب ۱۰/۷۰، ۷۰/۶۴، ۹۳/۷۵، ۶۱/۷۸، ۵۷/۷۷ و ۹۳/۸۴ می باشد که این مقادیر نیز بر اساس فرمول درصد بهبودی معنی دار است. بنابراین، بر اساس شاخص پایا و درصد بهبودی کلی از نظر بالینی در این شش نفر در مراحل درمان و پیگیری، جدول ۲. ویژگی های جمعیت شناختی شرکت کنندگان

شرکت کننده	سن	تحصیلات	شغل	وضعیت تأهل
۱	۲۵	دیپلم	خانه دار	متاهل
۲	۳۴	فوق دیپلم	دانشجو	متاهل
۳	۲۵	دیپلم	بیکار	مجرد
۴	۳۲	کارشناسی	رادیولوژیست	متاهل
۵	۲۶	کارشناسی	کارمند	مجرد
۶	۳۳	کارشناسی ارشد	کارمند	متاهل

جدول ۳: مراحل اثربخشی درمان مبتنی بر فرایند بر افسردگی

خط پایه	مراجع اول	مراجع دوم	مراجع سوم	مراجع چهارم	مراجع پنجم	مراجع ششم
خط پایه اول	۳۵	۴۶	۲۵	۲۸	۴۴	۳۱
خط پایه دوم	۳۷	۴۲	۲۵	۳۰	۴۶	۳۵
خط پایه سوم	۳۷	۴۵	۲۷	۳۰	۴۴	۳۶
خط پایه چهارم	۳۸	۴۳	۲۷	۲۹	۴۴	۳۲
خط پایه پنجم	۳۷	۴۶	۲۷	۳۱	۴۵	۳۲
میانگین مرحله خط پایه	۳۶/۸	۴۴/۴	۲۶/۲	۲۹/۶	۴۴/۶	۳۳/۲
درمان						
جلسه سوم	۲۳	۲۸	۱۶	۱۳	۲۷	۲۰
جلسه ششم	۱۹	۲۱	۹	۹	۲۰	۱۵
جلسه نهم	۱۴	۱۷	۷	۶	۱۴	۷
میانگین مرحله درمان	۱۸/۶۷	۲۲	۱۰/۶۷	۹/۳۳	۲۰/۳۳	۱۴
شاخص تغییر پایا (درمان)	-۵/۶۴	-۶/۹۷	-۴/۸۳	-۶/۳۱	-۷/۵۶	-۵/۹۸
درصد بهبود افسردگی بعد از درمان	۴۹/۲۶	۵۰/۴۵	۵۹/۲۷	۷۶/۲۰	۵۴/۴۱	۵۷/۸۳
درصد بهبودی کلی بعد از درمان			۵۷/۹۰			
پیگیری						
پیگیری نوبت اول	۱۳	۱۵	۸	۶	۱۲	۷
پیگیری نوبت دوم	۱۰	۱۷	۵	۷	۱۰	۴
پیگیری نوبت سوم	۱۰	۱۵	۵	۶	۸	۴
میانگین مرحله پیگیری	۱۱	۱۵/۶۷	۶	۶/۳۳	۱۰	۵
شاخص تغییر پایا (پیگیری)	-۸/۰۳	-۸/۹۵	-۶/۲۹	-۷/۲۴	-۱۰/۷۷	-۸/۷۸
درصد بهبود افسردگی پس از پیگیری	۷۰/۱۰	۶۴/۷۰	۷۵/۹۳	۷۸/۶۱	۷۷/۵۷	۸۴/۹۳
درصد بهبودی کلی پس از پیگیری			۷۵/۳۰			



نمودار ۱. روند تغییر نمره های شش شرکت کننده در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری

بحث

علایم آن را کنترل کرد»، «برای رسیدن به اهداف زندگی توجه به توانایی‌ها و استعدادها و نیروهای درونی بسیار کمک‌کننده است و سلامتی تنها شرط لازم برای موفقیت نیست». جایگزین آنها شدند. همچنین، کم‌خونی فقر آهن منجر به تحریک‌پذیری خلق می‌شود و این موضوع روی روابط بین فردی اثر می‌گذارد، فنون بازسازی شناختی از این طریق نقش واسطه‌ای برای بهبود روابط بین فردی ایجاد می‌نماید و موجب کاهش میزان افسردگی می‌شود. تداوم خلق منفی باعث کاهش رفتار هدفمند و تضعیف توانایی حل مسئله می‌شود، با کمک تمرین‌های ذهن‌آگاهی در این رویکرد افراد یاد گرفتند چطور توجه خود را از برخی از افکار منفی که موجب بدتر شدن خلق منفی آنها می‌شود پرت کنند.

با توجه به اینکه افراد دچار کم‌خونی فقر آهن احساس خستگی و بی حالی را تجربه می‌کنند، به آنها انگ تنبلی و اهمال کاری زده می‌شود که می‌تواند منجر به عدم تحقق برنامه‌های روزانه و عدم دستیابی به اهداف درازمدت آنها گردد. همچنین، به خاطر همبودی مشکلات آنها با اضطراب فراگیر، این افراد، نسبت به کوچک‌ترین شکست حساس هستند و هر شکستی موجب تقویت افکار منفی و اضطراب و در نتیجه اجتناب آنها از موقعیت و افسردگی می‌شود. از این رو، آموزش فعال‌سازی رفتاری توسط درمانگر مبتنی بر فرایند می‌تواند حس خودکارآمدی و تسلط به شرایط و امید به آینده را در این افراد تقویت نماید و از این طریق باعث کاهش میزان افسردگی آنها گردد.

ملاک دوم؛ یعنی کلیت تغییر در پی پاسخ به این سؤال که چند درصد از افراد تغییر کرده‌اند و چند درصد تغییر نکرده‌اند. نتایج نشان داد که با پایان یافتن درمان شش نفر مراجع در جلسات درمان مبتنی بر فرایند به میزان $57/90$ (درصد) درصد بهبودی کلی در متغیر افسردگی دست یافته‌اند؛ این درصد در انتهای سه مرحله پیگیری به $75/30$ (درصد) افزایش یافت. با توجه به ایجاد تغییر معنادار در هر شش نفر، کلیت تغییر مورد تأیید است.

ملاک سوم یعنی عمومیت تغییر به این موضوع اشاره دارد که در سایر حوزه‌های زندگی چقدر تغییر رخ داده است؟ یکی از ویژگی‌های اصلی افسردگی، نقص در عملکردهای اجتماعی و روزمره است. نتایج جلسه آخر درمان و مرحله پیگیری نشان داد که تغییرات مثبتی رخ داده است. برای سنجش عملکردهای اجتماعی و روزمره از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا از اطرافیان میزان تغییر خود را از ۰ تا ۱۰ (۰ کمترین تغییر و ۱۰ بیشترین تغییر) سؤال کنند. به این ترتیب برای شش مراجع به ترتیب نمرات ۷، ۹، ۸، ۹، ۹ و ۷ به دست آمد.

ملاک چهارم یعنی ثبات به این نکته اشاره دارد که نتایج درمان چقدر دوام داشته‌اند؟ پیگیری جلسات می‌تواند پاسخ مناسبی به این سؤال باشد که آیا درمان می‌تواند در درازمدت اثربخشی خود را حفظ کند یا این تأثیر با گذشت زمان و به سرعت کم‌رنگ خواهد شد. کاهش میانگین افسردگی نسبت به مراحل خط پایه و نیز در مقایسه با پایان درمان نشان از بهبودی داشته است و به تبع آن شاخص تغییر پایا نیز افزایش پیدا کرده است. این شواهد حاکی از تداوم نتایج درمان در یک فرایند زمانی خاص است.

ملاک پنجم یعنی میزان پذیرش نشانگر چگونگی تداوم مشارکت مراجعان در روند درمان و بیانگر این موضوع است که آیا در این پژوهش

این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر فرایند بر افسردگی زنان مبتلا به کم‌خونی ناشی از فقر آهن (آنمی) همبود با اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. در این بخش برای پاسخگویی به سؤال پژوهش از ملاک‌های اندازه تغییر، کلیت تغییر، عمومیت تغییر، ثبات، میزان پذیرش و ایمنی اینگرام و همکاران (۲۸) استفاده شد. این ملاک‌ها برای ارزیابی کارایی بالینی رویکردهای درمانی استفاده می‌شوند.

ملاک اول یعنی اندازه تغییر به دنبال پاسخ به این سؤال است که درمان تا چه اندازه قادر به افزایش متغیرهای وابسته بوده است؟ شواهد پژوهشی متعددی بیانگر آن است که بسیاری از بیماران مبتلا به کم‌خونی ناشی از فقر آهن (آنمی)، علاوه بر تجربه نشانه‌های فیزیولوژیک، طیف وسیعی از مشکلات روان‌شناختی را نیز تجربه می‌کنند که در این میان افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی همراه با بیماری آنمی است. این اختلالات متقابلاً روند پیشرفت علائم تجربه شده توسط بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهند؛ بنابراین توجه به درمان‌های روان‌شناختی به‌عنوان درمان‌های مکمل در کنار درمان‌های دارویی لازم و ضروری است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر فرایند به کاهش نمرات افسردگی منجر شده است. مروری بر ادبیات تحقیق نشان می‌دهد که تاکنون پژوهشی در این زمینه انجام نشده است؛ اما این یافته‌ها با برخی از پژوهش‌هایی همسو است که نشان داده‌اند درمان شناختی - رفتاری در کاهش و بهبود علائم افسردگی افراد مبتلا به افسردگی مؤثر است (۱۳-۱۶). این نتایج با در نظر گرفتن نقش متغیرهای واسطه‌ای شناخت (باورها، ارزیابی مجدد شناختی و هم‌جوشی شناختی)، توجه (نشخوار ذهنی و ذهن‌آگاهی)، خود (خودکارآمدی و خودتنظیمی) و رفتار (فعال‌سازی رفتاری) در آسیب‌شناسی آنمی و بروز افسردگی در این افراد قابل تبیین است. درمان مبتنی بر فرایند بر اساس مداخله‌هایی انجام می‌شود که تمامی فرایندهای تغییر مبتنی بر شواهد را بدون توجه به جهت‌گیری درمانی خاص در نظر می‌گیرد (۳۸). هدف این است که شخص نسبت به فرایندهای ناسازگار آگاه گشته و بینش یابد. پس با کمک درمانگر برای ایجاد تغییر در این فرایندها از ناسازگار به سازگار قدم برمی‌دارد. از آنجا که بیماران مبتلا به آنمی آسیب‌پذیری زیادی نسبت به افسردگی از خود نشان می‌دهند و در نتیجه در اثر زودرنجی و خلق تحریک‌پذیر ناشی از افسردگی، آمادگی زیاد برای سوء تعبیر مسائل و مختل شدن روابط بین‌فردی دارند، این بینش به آنها داده شده که در مورد خود و دنیای اطراف خود افکار و باورهای نادرست و فاجعه‌آمیز دارند که مجموعه این عوامل منجر به این موضوع شده است در تمام تجربیات خود احساس ناکارآمدی و درماندگی کنند و عملاً بسیاری از فرصت‌های عملکرد مؤثر را از دست دهند. با استفاده از تکنیک ارزیابی مجدد شناختی و فنون ناهمجوشی شناختی باورهای زیربنایی مراجعان مثل «بیماری، کنترل بر زندگی را به طور کامل از من گرفته» و یا «بیماری، علت بزرگی برای رسیدن به اهداف زندگی‌ام است». به چالش کشیده شد و افکار منطقی مانند «بتلا به آنمی مانند دیگر مشکلات زندگی، چالشی است که باید با آن کنار آمد و با مصرف منظم دارو می‌توان

تواند به‌عنوان یکی از شیوه‌های درمانی و مکمل درمان پزشکی، در جهت درمان اختلالات روانی همراه و بهبود عملکرد کلی افراد مبتلا به آنمی به کار رود.

این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود. به‌عنوان نمونه، در این پژوهش شرکت‌کننده‌ها از گروه سنی ۲۵-۳۵ بودند که احتمال تعمیم اثربخشی این درمان روی سنین کمتر یا بیشتر از این بازه را کاهش می‌دهد. به دلیل اینکه تعداد نمونه کم بود در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را رعایت کرد و همچنین به دلیل اعمال ملاک‌هایی جهت انتخاب افراد شرکت‌کننده امکان استفاده از نمونه‌گیری تصادفی میسر نشد؛ لذا پیشنهاد می‌شود این پژوهش روی نمونه‌های بزرگ‌تر و جامعه‌های دیگر با روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا و نتایج با پژوهش حاضر مقایسه گردد. پژوهش حاضر تنها به بخش کوچکی از مشکلات تعدادی از افراد مبتلا به کم‌خونی پرداخته است، با توجه به عوارض غیر هماتولوژیک متعدد کم‌خونی پیشنهاد می‌شود در مورد این عوارض و راهکارهای کاهش آن در زنان پژوهش‌های کاربردی بیشتری انجام شود. پیشنهاد می‌شود اثربخشی درمان مبتنی بر فرایند بر سایر مشکلات روان‌شناختی نیز بررسی شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود کارایی این درمان با درمان‌های دیگر مانند درمان هیجان‌مدار مورد سنجش و بررسی قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از رساله دکتری می‌باشد. بدین وسیله نویسندگان بر خورد لازم می‌دانند از مسئولان و معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اراک و شرکت کنندگانی که در این پژوهش همکاری نمودند تشکر و قدردانی نمایند.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

سهم نویسندگان

تمام نویسندگان در آماده‌سازی این مقاله مشارکت داشتند.

مراجعی بوده که فرایند درمان را در ابتدا و یا نیمه راه رها کرده باشد؟ طبق نظر کازدین (۳۹) مهم‌ترین عامل اثرگذار بر نتایج درمانی خروج زودهنگام از روند درمان است. در این طرح درمانی با مدنظر قراردادن احتمال افت، تدابیری جهت جلوگیری از آن به کار گرفته شد. دقت در به‌کارگیری ملاک‌های ورود و خروج و انتخاب دقیق افراد واجد شرایط و نیازمند درمان، کسب رضایت آگاهانه افراد جهت شرکت در جلسه‌ها در بدو کار و نیز دادن اطلاعات کامل در مورد طرح درمان و چگونگی برگزاری جلسه‌های درمانی و نحوه مشارکت در آن باعث شد افراد به طور کامل در درمان شرکت کنند.

در نهایت ملاک ششم یعنی ایمنی به این دغدغه پاسخ می‌دهد که آیا درمان پیامدهای منفی برای افراد شرکت‌کننده داشته است؟ اگرچه روان‌درمانی در کاهش مشکلات بیماران مؤثر است، اما ممکن است اثرات جانبی ناخوشایندی نیز داشته باشد. با این حال نمرات افراد شرکت‌کننده در پرسش‌نامه‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که افسردگی آنها افزایش نیافته است. بدین‌گونه شاید بتوان نتیجه‌گیری کنیم که درمان مبتنی بر فرایند بر روی افراد شرکت‌کننده اثر منفی به جای نگذاشته است.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد درمان مبتنی بر فرایند بر افسردگی زنان مبتلا به کم‌خونی ناشی از فقر آهن (آنمی) همیود با اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است و موجب کاهش میزان افسردگی شده است. افراد شرکت‌کننده به خاصیت خود تقویت‌کنندگی سبک عاطفی ناسازگار خود پی بردند و به اثرات منفی آن بر پیشرفت در ابعاد مختلف زندگی‌شان واقف شدند و توانستند با استفاده از درمان مبتنی بر فرایند سبک‌های عاطفی سازگار را جایگزین کنند و این امر موجب کاهش افسردگی آنان شد؛ بنابراین، این مداخله برای همه افراد شرکت‌کننده پیامدهای مثبت در برداشت و توانست بخشی از عوارض غیر هماتولوژیک کم‌خونی ناشی از فقر آهن را کاهش دهد. با توجه به نتایج این پژوهش و عوارض روان‌شناختی بارز در افراد مبتلا به آنمی، درمان مبتنی بر فرایند می

References

- Kassebaum NJ. The global burden of anemia. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2016;30(2):247-308. pmid:27040955.
- Kassebaum NJ, Jasrasaria R, Naghavi M, Wulf SK, Johns N, Lozano R, Regan M, Weatherall D, Chou DP, Eisele TP, Flaxman SR, Pullan RL, Brooker SJ, Murray CJ. A systematic analysis of global anemia burden from 1990 to 2010. *Blood.* 2014 Jan 30;123(5):615-24.
- Vulser H, Wiernik E, Hoertel N, Thomas F, Pannier B, Czernichow S, Hanon O, Simon T, Simon JM, Danchin N, Limosin F, Lemogne C. Association between depression and anemia in otherwise healthy adults. *Acta Psychiatr Scand.* 2016 Aug;134(2):150-60.
- Zamani, M., Poustchi, H., Shayanrad, A., Pourfarzi, F., Farjam, M., Noemani, K & et al. Prevalence and determinants of anemia among Iranian population aged ≥ 35 years: A PERSIAN cohort-based cross-sectional study. *PloS one.* 2022; 17(2), e0263795.
- Vanishri A, Kumar A, R.S.A. Kiran Singh. Depression, anxiety, stress and cognition in females with Iron deficiency anemia. *Trop J Path Micro.* 2017;3(2):201-205.
- Shafi M, Taufiq F, Mehmood H, Afsar S, Badar A. Relation between depressive disorder and Iron deficiency Anemia among adults reporting to a secondary healthcare facility: a hospital-based case control study. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2018;28(6):456-559.
- Hideese S, Saito K, Asano S, Kunugi H. Association between iron-deficiency anemia and depression: A web-based Japanese investigation. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2018 Jul;72(7):513-521.
- Vulser H, Wiernik E, Hoertel N, Thomas F, Pannier B, Czernichow S, et al. Association between depression and anemia in otherwise healthy adults. *Acta Psychiatr Scand.* 2016 Aug;134(2):150-60.
- Vahdat Shariatpanaahi, M., Vahdat Shariatpanaahi, Z., Moshtaghi, M. et al. The relationship between depression and serum ferritin level. *Eur J Clin Nutr* 61, 532-535 (2007).
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.); 2013.
- Leung CY, Kyung M. Associations of iron deficiency and depressive symptoms among young adult males and Females: NHANES 2017 to 2020. *Prev Med Rep.* 2023 Dec 12;37:102549.
- Ahmed T, Lamoureux Lamarche C, Berbiche D, Vasiladiis HM. The association between anemia and depression in older adults and the role of treating anemia. *Brain and Behavior.* 2023 May;13(5):e2973.
- Hamidpour, H. Investigating the efficiency and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in treating and preventing the recurrence and return of depression. *Research in psychological health.* 1386;1(2):25-36.

13. Moayedfar, H., Yaghubi, H., Hassan Abadi, H., Mahdavian, A. Comparing the Effects of Rumination-Focused Cognitive-Behavioral Therapy and Classic Cognitive Behavioral Therapy on Rumination and Depression Symptoms, *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 2020; 10(1): 27.
14. Rezaie, F. H. Neshat Doost, N. Vakili Zarch, B. Amra, H. Molavi, Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Anxiety and Depression of Asthma Patients, *Biannual Peer Review Journal of Clinical Psychology & Personality*, 2013; 10(2): 23-32.
15. Rahmani, S, Mohammadpour S, Tajikzadeh, F. Effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on depression, anxiety, perceived stress and quality of life of women with HIV. *Clinical Psychology and Personality (Behavioral Sciences)* 2017; 16 (2): 169-179.
16. Ong CW, Hayes SC, Hofmann SG. A process-based approach to cognitive behavioral therapy: A theory-based case illustration. *Front Psychol*. 2022 Oct 25;13:1002849.
17. Hayes SC, Ciarrochi J, Hofmann SG, Chin F, Sahdra B. Evolving an idionomic approach to processes of change: Towards a unified personalized science of human improvement. *Behav Res Ther*. 2022 Sep;156:104155.
18. Hofmann, S. G., & Hayes, S. C., & Lorscheid, D. N. Learning process based therapy: A skills training manual for targeting the core processes of psychological change in clinical practice. Oakland: New Harbinger; 2021. P. 18-162.
19. Moskow DM, Ong CW, Hayes SC, Hofmann SG. Process-based therapy: A personalized approach to treatment. *Journal of Experimental Psychopathology*. 2023;14(1).
20. Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. The Future of Intervention Science: Process-Based Therapy. *Clinical Psychological Science*. 2019; 7(1), 37–50.
21. Barlow, D.H., & Hofmann, S.G. Efficacy and dissemination of psychological treatments. In D. M.Clark & CH.C.Fairburn (Eds). *Science and practice of cognitive behavior therapy*Oxford: oxford press; 1997. p.97-117.
22. Kessler, R. C., Walters, E. E., & Wittchen, H. -U. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin. *Generalized anxiety disorder Epidemiology: Advances in research and practice*. New York: Guilford Press; 2004. p. 29–50.
23. Mennin, D.S., Heimberg RG, Turk, C.L., Fresco, D.M., Ritter, M.R.I.s generalized anxiety disorder an anxiety or mood disorder? considering multiple factors as we ponder the fate of GAD. *Depression and Anxiety*. 2008; 25, 289–299.
24. Lee, H. S., Chao, H. H., Huang, W. T., Chen, S. C., & Yang, H. Y. Psychiatric disorders risk in patients with iron deficiency anemia and association with iron supplementation medications: A nationwide database analysis. *BMC Psychiatry*. 2020; 20(1).
25. Fernandez-Jimenez, M. C., Moreno, G., Wright, I., Shih, P.C., Vaquero, M. P., & Remacha, A. F. Iron Deficiency in Menstruating Adult Women: Much More than Anemia. *Women's Health Reports*. 2020; 1(1), 26–35.
26. Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (Eds.). *A guide to treatments that work*. London: Oxford University Press; 2002. P. 70-90.
27. Ingram, R.E., Hayes., & Scott, W. Empirically supported treatment: A critical analysis. In. Syder, C.R & Ingram, R.E(Eds). *Handbook of psychological change*. New York: John Wiley & sons; 2000. P.40-60.
28. Poorseyed S R, Moradi Z. The Effectiveness of Integrated Treatment Based on Acceptance and Commitment Therapy and Positivity on Adherence to Treatment and Life Expectancy of Women with Rheumatoid Arthritis: Single Subject Study. *HSR* 2023; 19 (1):32-41.
29. Segal, D.L.Structured interviewing and DSM classification. In. S.M.Turner & M.Hersen(Eds.). *Adult psychopathology and diagnosis..* New York: John Wiley & sons; 1991. P. 24-57.
30. Tran, G. Q., & Smith, G. P. Behavioral assessment in the measurement of treatment outcome. In. S. N. Haynes, & E. M. Heiby (Eds.), *Comprehensive handbook of psychological assessment*. New York: Wiley; 2004. p. 269-290.
31. Sharifi V, Asadi S.M, Mohammadi M, Amini, H, Kaviani H, Semnani Y & et al. Reliability and operability of Persian version of SCID diagnostic structured interview based on DSM-IV. *Tazehaye Oloum Shenakhti*. 2013, 6, 10-22.
32. Newman, M.G., Zuellig, A.R., Kachin, K.E., Constantino, M.J., Przeworski, A., Erickson, T., & Cashman-McGrath, L. Preliminary reliability and validity of the GAD-Q-IV: A revised self-report diagnostic measure of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*. 2002; 215-233,33.
33. Beck, AT., Steer, RA., Carbin, M.G. (1996). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*. 1996; 8(1): 77-100.
34. Fata, L., Birashk, B., Atefvahid MK., Dabson KS. Meaning Assignment Structures/ Schema, Emotional States and Cognitive Processing of Emotional Information: Comparing Two Conceptual Frameworks. *Iraninan Psychiatry and Clinical Psychology*. 2005; 11(3): 312.
35. Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol*. 1991 Feb;59(1):12-9.
36. Blanchard EB, Schwarz SP. Clinically significant changes in behavioral medicine. *Behavioral Assessment*. 1988; 10: 171-88.
37. Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. A process-based approach to psychological diagnosis and treatment: The conceptual and treatment utility of an extended evolutionary meta model. *Clinical Psychology Review* 2020; 82: 101908,
38. Kazdin, A.E. *Research design in clinical psychology* (2ed). Boston: Allay and bacon;1992. p. 40-42.