

Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy and Drug Therapy on Treatment of Patients with Major Depressive Disorder

Rasoul Alipour¹, Kobra Haji Alizadeh^{2,*}

¹ MA, in Department of Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran

* **Corresponding author:** Kobra Haji Alizadeh, Assistant Professor, Department of Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran. E-mail: ph_alizadeh@yahoo.com

Received: 28 Apr 2017

Accepted: 06 Sep 2017

Abstract

Introduction: Besides traditional methods of pharmacotherapy, the effectiveness of the third wave of cognitive and behavioral approaches, especially in the field of depression, has been the subject of considerable debate in the recent years. Thus, this study was conducted to compare the effectiveness of acceptance and commitment group therapy (ACT) and pharmacotherapy on the improvement of patients with major depressive disorder.

Methods: This study was quasi-experimental with a pretest-posttest design and a control group and two experimental groups. The statistical population consisted of all patients on maintenance therapy with a diagnosis of major depressive disorder at welfare centers of Shahrekord city (Chaharmahal-o-Bakhtiari Province, Iran) in 2015. Forty-five patients were selected using the convenient sampling method and randomly allocated into three groups of ACT therapy, pharmacotherapy, and a control group. The Beck Depression Inventory (BDI) was used for data collection and the data were analyzed using analysis of covariance and the Scheffe tests by the SPSS software.

Results: The mean scores of the post-test for the ACT therapy, pharmacotherapy, and the control group were 12.40, 23.13, and 36.27, respectively. The results showed that there was a significant difference between the mean scores of the two experimental groups (ACT therapy, and pharmacotherapy) and that of the control group ($F = 110.33$, $P < 0.001$). Also, both treatments had a significant effect on reducing the symptoms of the major depressive disorder, although the ACT therapy was more effective than the pharmacotherapy.

Conclusions: According to the findings of this study, the ACT therapy can be suggested as an effective method and as a beneficial clinical intervention, along with pharmacotherapy, to improve depression.

Keywords: Hospital, Nurses, Patient Safety, Patients, Psychiatric Care

مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش، تعهد و دارودرمانی بر بهبود بیماران مبتلا به افسردگی اساسی

رسول عالی پور^۱، کبری حاجی علیزاده^{۲*}

^۱ کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران

^۲ استادیار، گروه روان شناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران

* نویسنده مسئول: کبری حاجی علیزاده، استادیار، گروه روان شناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران. ایمیل: ph_alizadeh@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۶/۱۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۲/۰۸

چکیده

مقدمه: در کنار روش های سنتی دارودرمانی، به تازگی بحث های زیادی در مورد رویکردهای رفتاری و شناختی موج سوم به خصوص در حیطه درمان افسردگی انجام شده است. از این رو این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و دارودرمانی بر بهبود بیماران مبتلا به افسردگی اساسی انجام شد.

روش کار: طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و به صورت پیش آزمون- پس آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به افسردگی اساسی تحت نگهداری در مراکز بهزیستی شهرستان شهرکرد در سال ۹۴ بودند. نمونه مورد مطالعه شامل ۴۵ نفر از بیماران بود که به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه آزمایشی با رویکرد پذیرش و تعهد، گروه دارودرمانی و یک گروه کنترل جایگزین شدند. از مقیاس افسردگی بک (BDI) برای جمع آوری داده ها استفاده شد. داده ها از طریق تحلیل کوواریانس تک متغیره و آزمون تعقیبی شفه و نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: میانگین پس آزمون گروه روان درمانی ۱۲/۴۰، گروه دارودرمانی ۲۳/۱۳ و گروه کنترل ۳۶/۲۷ بود. نتایج نشان داد که بین گروه آزمایش با درمان پذیرش و تعهد و دارودرمانی و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($F = 110/33$ و $P < 0/001$) و درمان پذیرش و تعهد و دارودرمانی اثر معناداری در کاهش افسردگی اساسی دارند. همچنین نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری از دارودرمانی در کاهش افسردگی دارد.

نتیجه گیری: با توجه به یافته های این پژوهش، می توان درمان پذیرش و تعهد را به عنوان یک روش مؤثر و به عنوان یک مداخله بالینی تمرین در کنار دارودرمانی برای بهبود افسردگی پیشنهاد داد.

واژگان کلیدی: پذیرش و تعهد، روان درمانی، دارودرمانی، افسردگی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

مروری در کشور بر روی ۵۶ مقاله منتشر شده، شیوع اختلالات افسردگی در جمعیت های مختلف ایرانی از ۵/۶۹ تا ۷۳ درصد متغیر بود. افسردگی در زنان و دختران ۱/۷ برابر بیشتر از مردان بود. در جمعیت روستایی و شهرهای کوچک به نسبت شهرهای بزرگ بیشتر بود. افراد بیوه بیشترین میزان افسردگی و بعد از آن به ترتیب افراد مطلقه، متأهل و مجرد قرار داشتند (۲). شخصی که اولین دوره افسردگی اساسی را داشته، ۵۰ درصد احتمال وقوع دومین دوره نیز وجود دارد؛ اما پس از دومین دوره احتمال وقوع دوره های بعدی بین ۸۰ تا ۹۰ درصد افزایش می یابد (۳). متخصصان برای کاهش اختلالات های افسردگی از روش های مختلفی بهره گرفته اند که از آن جمله می توان از روش های دارودرمانی و روان درمانی نام برد (۴). داروهای ضد افسردگی که برای درمان به کار

افسردگی بیماری جدی و شایعی است که با اختلال آشکار در خلق مشخص می شود. اختلال افسردگی اساسی (که افسردگی یک قطبی نیز نامیده می شود) بدون سابقه ای از دوره مانیا، مختلط یا هیپومانیا رخ می دهد. دو ره افسردگی اساسی باید لاقط دو هفته طول بکشد. بیماری که دچار افسردگی اساسی است، علاوه بر خلق افسرده یا کاهش علاقه به امور لذت بخش، لاقط چهار علامت از فهرستی شامل تغییرات اشتها و وزن، تغییرات خواب و فعالیت، فقدان انرژی، احساس گناه، مشکل در تفکر و تصمیم گیری و افکار عودکننده مرگ یا خودکشی را نیز از خود نشان می دهد. بررسی ها میزان شیوع اختلال افسردگی اساسی را به طور کلی ۳-۶ درصد و در زنان دو برابر مردان گزارش نموده اند و شیوع مادام العمر این اختلال به ۱۵-۲۵ درصد می رسد (۱). در یک پژوهش

گرفته می‌شوند در رده‌های مختلفی قرار دارند. این رده‌ها عبارت‌اند از مهارکننده‌های مونوآمین اکسیداز (MAOI)، داروهای ضدافسردگی سه حلقه‌ای (TCAs) و سایر مهارکننده‌های جذب مجدد سروتونین-نوراپینفرین (SNRI) و مهارکننده‌های جذب مجدد سروتونین (SSRIs). تمام داروهای ضدافسردگی تقریباً اثر مشابهی بر روی افسردگی دارند، هرچند بیماران مختلف ممکن است به یک دارو، واکنش بهتری نسبت به داروی دیگر نشان دهند (۱). Klerman و همکاران در بررسی خود نشان دادند که داروهای ضدافسردگی در درمان افسردگی‌های متوسط و شدید به‌طور مؤثر از شدت علائم کاسته و بهبودی بیماران را سرعت می‌بخشد (۵). درمانگران برای کاهش اختلال‌های روانی از جمله افسردگی، در کنار دارودرمانی از روان‌درمانی‌های مختلفی بهره گرفته‌اند که از آن جمله می‌توان به روش‌های روان تحلیلگری، شناخت درمانی، رفتاردرمانی و معنا درمانی اشاره کرد (۴). یکی از روش‌های مطرح روان‌درمانی برای درمان افسردگی که روزبه‌روز گسترده‌تر می‌شود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT: Acceptance and Commitment Therapy) است. درمان پذیرش و تعهد ریشه در یک نظریه فلسفی به نام زمینه گرایی عملکردی دارد و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود. این درمان از طریق افزایش ذهن‌آگاهی، فاصله‌گیری شناختی (مشاهده افکار) و ایجاد تعهد نسبت به درگیری فعالانه در جهان خارجی و تلاش برای دستیابی به یک زندگی پرمعنا و اصیل باهدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به فرد کمک می‌کند تا با شرایط تنش‌زا مقابله کند. درمان پذیرش و تعهد شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند (۶). این شیوه درمانی به این صورت است که در ابتدای درمان سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و نظایر آن) افزایش یابد که متقابلاً باعث کاهش اعمال کنترل نا مؤثر می‌شود. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود. در قدم دوم فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در زمان حال آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از تجارب ذهنی آزاد سازد (جداسازی شناختی). مرحله چهارم، تلاش جهت کاهش تمرکز بر خود تجسمی (گسلش شناختی) یا داستان شخصی (مانند قربانی بودن) است که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را شناسایی نموده و به اهداف رفتاری تبدیل نماید (روشن‌سازی ارزش‌ها) و درنهایت ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص‌شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی است که این تجارب ذهنی می‌تواند افکار افسرده ساز و افکار اضطرابی باشد (۶).

در سال‌های اخیر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر درمان اختلال‌های افسردگی و سایر اختلال‌ها مورد تأیید قرار گرفته است (۷-۱۲). Lappalainen و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی افسردگی مؤثر است (۱۳). مولوی و همکاران در بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش اضطراب و افسردگی در دانش‌آموزان دارای ترس اجتماعی به این نتیجه رسیدند که نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر

پذیرش و تعهد باعث کاهش اضطراب و افسردگی و ترس اجتماعی دانش آموزان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است (۱۱). همچنین در بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری‌ام اس، پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که نتایج درمان اثربخش بوده است (۸). با توجه به شیوع بالای افسردگی و بار قابل‌توجهی که این بیماری بر روی فرد، نظام سلامت و جامعه تحمیل می‌کند، انجام مطالعات گسترده برای اتخاذ روش‌های مناسب پیشگیری، درمان و مدیریت این بیماری ضروری است (۲). افسردگی طیف نسبتاً گسترده‌ای دارد و در نوع شدید خود می‌تواند تهدید جدی برای سلامت و زندگی افراد تلقی شود. با توجه به اینکه بسیاری از پژوهش‌ها و درمان‌های انجام شده در زمینه رویکرد پذیرش و تعهد در سال‌های اخیر در داخل و خارج از کشور در حوزه بالینی و بیماری‌هایی همچون وسواس، اضطراب اجتماعی، بوده است و بیشتر در حوزه درمان فردی به کار رفته است؛ این پژوهش قصد دارد با تلفیق این رویکرد و درمان گروهی، اثر بخشی این شیوه را در کاهش افسردگی با دارودرمانی مقایسه نماید و با توجه به ضرورت غنی سازی کیفیت زندگی در ابعاد جسمانی، روانی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی با استفاده از گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) گامی در جهت این مهم بر دارد. از این رو این پژوهش باهدف مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و دارودرمانی بر بهبود بیماران مبتلا به افسردگی اساسی انجام شد.

روش کار

در این پژوهش از طرح تحقیق نیمه آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با سه گروه آزمایشی با رویکرد پذیرش و تعهد، گروه دارودرمانی و یک گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به افسردگی اساسی تحت نگهداری مراکز بهزیستی شهرستان شهرکرد در سال ۱۳۹۴ بودند، دارای سابقه حداقل ۱ ماه بستری در مراکز دولتی و غیر دولتی خدمات روان پزشکی که همه آنها بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR و تشخیص روانپزشک انتخاب شدند و برای ورود به گروه توسط محقق نیز با مصاحبه تشخیصی بر اساس DSM-V مورد ارزیابی قرار گرفته و هیچ یک در ۶ ماه اخیر از دارو استفاده نمی‌کردند. عنوان شده است که در پژوهش‌های آزمایشی حجم هر گروه می‌تواند حداقل ۱۵ نفر باشد (۱۴)؛ بنابراین از میان جامعه آماری ۴۵ بیمار براساس معیارهای ورود به پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش دارودرمانی، ۱۵ نفر در گروه آزمایش روان‌درمانی و ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود شامل ابتلا به افسردگی اساسی براساس معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR و براساس مصاحبه تشخیصی روان‌پزشک، کسب نمره بالاتر از ۳۰ در پرسشنامه افسردگی Beck (BDI)، قرارگیری در محدوده سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، رضایت به حضور در درمان و عدم استفاده از دیگر خدمات روان‌درمانی و مشاوره در طول جلسات بود. سپس مداخله دارو درمانی صرفاً برای گروه آزمایش اول اجرا شد. گروه آزمایش دوم در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه توسط محقق تحت درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند. برای گروه گواه مداخله‌ای صورت نگرفت در مرحله پس‌آزمون بار دیگر هر سه گروه از نظر میزان

افسردگی مجدداً مورد سنجش قرار گرفتند. به منظور رعایت جوانب اخلاقی به آزمودنی‌ها عنوان شد که این پژوهش در واقع برای کمک به مشکل آن‌ها و افراد همانند آن‌هاست، اطلاعاتشان مخفی می‌ماند و اگر تمایل ندارند می‌توانند در این پژوهش شرکت نکنند. کد کارآزمایی بالینی IRCT2017070334862N1 این پژوهش می‌باشد. اعضای گروه آزمایش دارودرمانی بیشتر داروهای تثبیت‌کننده خلق (کربنات لیتیوم، سدیم والپروات و کاربامازاپین) و ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای (ایمی پرامین، نورتریپ تیلین و تریمی پرامین) و درصدهای

بیماران از دوزهای کم و متوسط داروهای آنتی‌پسیکوتیک استفاده می‌کردند. گروه کنترل هیچ نوع درمانی را دریافت نکردند ولی به گروه کنترل گفته شد که بعد از پژوهش می‌توانند در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کنند. گروه آزمایش درمان پذیرش و تعهد، روان‌درمانی گروهی را در طی ۸ جلسه با تواتر یک جلسه در هفته، هر جلسه ۹۰ دقیقه آموزش براساس دستورالعمل Hayes و همکاران (۶) با اندکی تغییر دریافت کردند. خلاصه جلسات آموزش در [جدول ۱](#) شرح داده شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات آموزشی

جلسه	محتوا
اول	برقراری رابطه درمانی - آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، تبیین افسردگی، علائم و نشانه‌ها، درمان دارویی و غیر دارویی، ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر، پاسخ به برنامه‌ها و بستن قرارداد درمانی.
دوم	کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار و نمره‌گذاری آن‌ها، ارزیابی میزان تأثیر روش‌های درمانی، ایجاد درماندگی خلاق در مورد موقتی و کم اثر بودن شیوه‌های دیگر با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
سوم	کمک به مراجع برای تشخیص کنترل وقایع شخصی، افکار و خاطرات، تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل گری و پی بردن به بیهودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها و عدم کنترل آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
چهارم و پنجم	توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای اجتناب، کشف موقعیت‌های اجتناب شده و تماس با آن‌ها از طریق پذیرش، آموزش قدم‌های پذیرش با توضیح مفاهیم اشتیاق و موانع، بیان مفهوم ارزیابی و توصیف با استفاده از تمثیل، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
ششم	آموزش ارزیابی مجدد و ابراز هیجانات منفی، توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند. در این تمرینات، شرکت‌کنندگان آموزش می‌بینند تا بر فعالیت‌های خود (نظیر تنفس، پیاده‌روی) تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند و زمانی که هیجانات، حس‌ها و شناخت‌ها پردازش می‌شوند، بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرند. زمانی که شرکت‌کنندگان درمی‌یابند که ذهن در درون افکار، خاطرات یا خیال‌پردازی‌ها سرگردان شده، در صورت امکان و بدون توجه به محتوا و ماهیت آن‌ها توجه خود را به زمان حال بازمی‌گردانند؛ بنابراین شرکت‌کنندگان آموزش می‌بینند تا به افکار و احساساتشان توجه کنند ولی به محتوای آن نچسبند، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
هفتم	آموزش ارزیابی مجدد و ابراز هیجانات مثبت، بررسی مفهوم ارزش‌ها و بیان تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و نیازها، روشن نمودن ارزش‌های مراجع، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکزی (تمرکز بر تنفس، پیاده‌روی، غذا خوردن، مسواک زدن، صداهای محیطی و ...)، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
هشتم	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسات به همراه مراجع، اجرای پس‌آزمون

پرسشنامه افسردگی Beck (BDI) که توسط Beck (۱۹۶۱) تهیه شده است و دارای ۲۱ ماده و هر ماده دارای چهار عبارت است که به هر عبارت نمره‌های صفر تا ۳ تعلق می‌گیرد. نمره کلی این آزمون بین ۰ تا ۶۳ است. برحسب نمره به‌دست‌آمده فرد می‌تواند دریکی از این ۴ طبقه قرار گیرد: صفر تا ۱۵ عدم افسردگی، ۱۶ تا ۶۰ افسردگی خفیف، ۳۱ تا ۴۶ افسردگی متوسط و ۴۷ تا ۶۳ افسردگی شدید (۱۵). روایی هم‌زمان این پرسشنامه در پژوهشی بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ و اعتبار آن با روش بازآزمایی بین ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ (۱۶) و در پژوهش دیگری ضریب آلفای کرونباخ آن در مرحله اول ۰/۹۵ و در مرحله دوم ۰/۸۸ گزارش شده است (۱۵). میزان ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۴ به دست آمد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص توصیفی میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و آزمون تعقیبی شفه استفاده شد. از

تحلیل کوواریانس برای بررسی کلی وجود تفاوت و از آزمون تعقیبی شفه برای مقایسه دو به دو استفاده شد. همچنین داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد گروه نمونه پژوهش بر حسب سن، در گروه آزمایش اول، ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) در گروه سنی ۲۰-۲۶ سال، ۶ نفر در گروه سنی ۲۷-۳۴ سال و ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) در گروه سنی ۳۵-۴۰ سال، در گروه آزمایش دوم، ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) در گروه سنی ۲۰-۲۶ سال، ۶ نفر (۴۰ درصد) در گروه سنی ۲۷-۳۴ سال، ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) در گروه سنی ۳۵-۴۰ سال و در گروه کنترل ۳ نفر (۲۰ درصد) در گروه سنی ۲۰-۲۶ سال، ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) در گروه سنی ۲۷-۳۴ سال و ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) در گروه سنی ۳۵-۴۰ سال بوده‌اند. براساس نتایج به‌دست‌آمده، میانگین هر سه گروه در مرحله

است و نسبت به پیش‌آزمون کاهش داشته است. میانگین نمرات افسردگی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل به‌ترتیب برابر با $4/46 \pm 38/27$ و $5/59 \pm 36/27$ است که تغییرات چندانی نشان نداده است (جدول ۲).

پیش‌آزمون اختلاف چندانی باهم ندارند. در مرحله پس‌آزمون پایین‌ترین میانگین نمرات افسردگی مربوط به آزمودنی‌های گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و برابر با $4/14 \pm 39/13$ است. در مرحله پس‌آزمون گروه دارودرمانی میانگین افسردگی برابر با $4/12 \pm 23/13$

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

گروه	پیش‌آزمون (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	پس‌آزمون (میانگین $\pm$ انحراف معیار)
افسردگی		
ACT	$39/13 \pm 4/64$	$12/40 \pm 4/14$
دارودرمانی	$39/40 \pm 4/91$	$23/13 \pm 4/12$
کنترل	$38/27 \pm 4/46$	$36/27 \pm 5/59$

جدول ۳: نتایج آزمون لوین در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های گروه‌ها

متغیر	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	معناداری
افسردگی	۰/۶۸	۱	۴۲	۰/۵۱

جدول ۴: نتایج آزمون شاپیرو وویلک جهت بررسی پیش‌فرض نرمال بودن در پس‌آزمون

افسردگی	آماره	سطح معناداری
ACT	۰/۹۷	۰/۸۹
دارودرمانی	۰/۹۵	۰/۵۹
کنترل	۰/۹۶	۰/۷۴

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری جهت بررسی اثر آزمون در افسردگی بین گروه‌ها

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
پیش‌آزمون	۱۰۲/۸۶	۱	۱۰۲/۸۶	۵/۱۹	۰/۰۲	۰/۱۱	۰/۶۰
عضویت گروهی	۴۳۶۷/۱۲	۱	۴۳۶۷/۱۲	۱۱۰/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۰/۹۹

جدول ۶: مقایسه زوجی آزمون تعقیبی شفه در متغیر افسردگی در بین گروه‌های پژوهش

گروه I و گروه J	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
ACT		
دارودرمانی	$-10/73 \pm 1/70$	۰/۰۰۱
گروه کنترل	$-23/87 \pm 1/70$	۰/۰۰۱
دارودرمانی		
ACT	$10/73 \pm 1/70$	۰/۰۰۱
گروه کنترل	$-13/13 \pm 1/70$	۰/۰۰۱
گروه کنترل		
ACT	$23/87 \pm 1/70$	۰/۰۰۱
دارودرمانی	$13/13 \pm 1/70$	۰/۰۰۱

به‌ترتیب در جدول‌های ۳ و ۴ ارائه شده است. با توجه به تأیید شدن پیش‌فرض‌های انجام تحلیل کوواریانس نتایج آن به شرح جدول ۵ است. جدول ۵ نتایج تفاوت میانگین‌های بین سه گروه آزمایشی روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، دارودرمانی و گروه کنترل را نشان می‌دهد. براساس نتایج به‌دست آمده و با توجه به مقدار $F (110/33)$ و سطح معناداری آن ($0/001$) که کوچک‌تر از $0/05$ است ($P < 0/05$) می‌توان

استفاده از آزمون تحلیل واریانس مستلزم رعایت پیش‌فرض‌های آماری مانند (۱) نرمال بودن و (۲) همگنی واریانس‌ها است که مورد تحلیل قرار گرفت ($P > 0/05$). پیش‌فرض نرمال بودن به‌وسیله آزمون شاپیرو وویلک موردبررسی قرار گرفت و تأیید شد. آزمون لوین نیز حاکی از تساوی واریانس‌ها بود، لذا می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده نمود. نتایج مربوط به آزمون لوین و شاپیرو وویلک

نتیجه گرفت که تفاوت معناداری بین میانگین گروه‌های آزمایشی وجود دارد و این نتیجه حاکی از این است که حداقل یکی از درمان‌ها اثربخش بوده است. مجذور سهمی اتا بیانگر آن است که عضویت گروهی در مرحله پس‌آزمون ۸۴ درصد تفاوت واریانس‌های نمرات افسردگی آزمودنی‌ها را تبیین می‌کند. توان آزمون نیز برابر با ۰/۹۹ بوده که نشان می‌دهد تحلیل کوواریانس انجام‌شده با ۹۹ درصد توان قادر به تشخیص تفاوت گروه‌های کنترل و آزمایش در افسردگی بوده و حجم نمونه مناسب است. برای بررسی اینکه بین کدام گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد که نتایج آن به‌صورت زیر است.

همان‌گونه که در **جدول ۶** ملاحظه می‌شود تفاوت میانگین‌های نمرات افسردگی بین گروه‌درمانی پذیرش و تعهد با گروه‌های دارودرمانی و کنترل و همچنین بین گروه دارودرمانی و گروه کنترل معنادار است ($P < 0.05$). از این‌رو فرضیه پژوهش تأیید می‌شود و نتیجه گرفته می‌شود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و دارودرمانی اثرات معناداری بر کاهش افسردگی دارند. با توجه به نتایج بررسی میانگین‌ها در **جدول ۱** مشخص می‌شود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثر درمانی بیشتری در مقایسه با دارودرمانی دارد.

بحث

این پژوهش باهدف مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و دارودرمانی بر بهبود بیماران مبتلا به افسردگی اساسی انجام شد. نتایج تجزیه و تحلیل و بررسی داده‌ها نشان داد که بین گروه‌های موردپژوهش تفاوت معناداری وجود دارد و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و دارودرمانی اثر معناداری در کاهش میزان افسردگی دارند. همچنین نتایج نشان داد که روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با دارودرمانی اثربخشی بیشتر در کاهش افسردگی دارد. این نتیجه با برخی از پژوهش‌های صورت گرفته همسو است (۱۳، ۱۷، ۱۸). Bohlmeijer و همکاران در پژوهش خود بر روی افراد افسرده تقریباً ۴۹ ساله نشان دادند که درمانی پذیرش و تعهد موجب کاهش افسردگی می‌شود (۱۷). پژوهش دیگری نیز نشان دادند که اثرات روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد حتی بین یک تا دو سال نیز تداوم داشته است (۱۳، ۱۸). در این روش درمانی به افراد آموخته می‌شود که به‌جای اجتناب فکری و عملی از افکار و موقعیت‌های ناراحت‌کننده، با افزایش پذیرش روانی و ذهنی نسبت به تجارب درونی مانند افکار و احساسات ناراحت‌کننده و همچنین با ایجاد اهداف قابل‌دسترس و تعهد به آن‌ها با این اختلال مقابله کنند. درواقع رویارویی فعال و مؤثر با افکار و احساسات، پرهیز از اجتناب، تغییر نگاه نسبت به خود و داستانی که در آن فرد به خود نقش قربانی تحمیل کرده است، بازنگری در ارزش‌ها و اهداف زندگی و درنهایت تعهد به هدفی اجتماعی‌تر را می‌توان جزء عوامل اصلی مؤثر در این روش درمانی دانست (۱۹). پذیرش افکار به‌عنوان افکار، احساسات به‌عنوان احساسات و هیجان به‌عنوان هیجانانگیز - همان‌گونه که هستند، نه بیشتر و نه کمتر- منجر به تضعیف آمیختگی‌های شناختی می‌شود و در کنار آن پذیرش رویدادهای درونی، هنگامی که شخص در جدال با پریشانی و آشفتگی‌های خود نیست، به وی اجازه توسعه خزانه رفتاری‌اش را می‌دهد و می‌تواند از زمانی که بدین ترتیب به دست می‌آورد برای انجام فعالیت‌های ارزشمند خود

استفاده کند و خود را به یک زندگی ارزشمند و هدفمند متعهد سازد (۲۰). پذیرش و تعهد درمانی اساساً فرایند محور است و آشکارا بر ارتقای پذیرش تجربیات روان‌شناختی و تعهد با افزایش فعالیت‌های معنابخش انعطاف‌پذیر، سازگارانه، بدون درنظر گرفتن محتوای تجربیات روان‌شناختی تأکید می‌کند. خصیصه‌ای که در رویکرد شناختی رفتاری حضور ندارد. از طرف دیگر هدف‌های درمانی به‌کاررفته در درمان پذیرش و تعهد افزایش تفکر واقع‌نگر، مؤثر و منطقی یا تشویق احساسات نیست بلکه اهداف این روش درمانی بر کاهش اجتناب از این تجربیات روان‌شناختی و افزایش آگاهی از آن‌ها به‌خصوص تمرکز بر لحظه حال بدون پیش گرفتن روشی بی‌کشمکش و غیر ارزیابانه استوار است. در این فرایند بیمار می‌آموزد تا خودش را از درد و حالت‌های آشفتگی به‌منظور کاهش این تجربیات بر رفتار دور نگه دارد. اهداف درمان، بهبود کارکرد از طریق افزایش سطح انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (۱۱). Öst در فراتحلیلی که بر روی درمان پذیرش و تعهد انجام داد نشان داد هرچند این درمان برای هر اختلالی شاید مناسب نباشد اما این درمان اثر خوبی در کاهش اختلالاتی مانند افسردگی، وسواس، اضطراب، سوءمصرف مواد و استرس دارد (۲۱). همچنین در فراتحلیل A-tjak بین درمان پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری در کاهش اختلالات روانی تفاوت معناداری مشاهده نشد (۲۲). بیمارانی که تحت این روان‌درمانی قرار گرفتند به این بینش رسیدند که نمی‌توانند از شرایط و موقعیت‌های ناراحت‌کننده دوری کنند و اگر نمی‌توانند در بیرون تغییری ایجاد کنند در نتیجه می‌توانند درون‌سازی کنند و این موقعیت‌ها را بپذیرند. همچنین یاد گرفتند که زندگی تنها شامل یک جنبه نمی‌شود و سکون و بی‌حرکتی راه به جایی نمی‌برد و باعث اختلال در سایر جنبه‌های زندگی و در نتیجه کل زندگی می‌شود. آن‌ها توانستند ارزش‌های زندگی خود را شناسایی کنند، شیوه رسیدن به این ارزش‌ها را مشخص کنند و با اشتیاق و قبول تعهد به سمت این ارزش‌ها حرکت کنند. درواقع این پژوهش بیان‌کننده اثربخشی بیشتر روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با دارودرمانی است. Derubeis و همکاران در مقایسه بیماران افسرده‌ای که تحت دارودرمانی قرار داشتند نشان دادند که میزان عود علائم در بیماران ۴۷ درصد است که این میزان برای کسانی که دارو دریافت نمی‌کردند ۷۶ درصد بود (۲۳). هرچند پژوهش رحیمی و همکاران در مقایسه دارودرمانی با روان‌درمانی از نوع شناختی نشان داد که دارودرمانی اثر بیشتری در کاهش افسردگی دارد (۲۴)؛ اما پژوهش‌های Thase و همکاران (۲۵) و Ravindran و همکاران (۲۶) نشان دادند که روان‌درمانی تأثیر بیشتر و عمیق‌تری در کاهش افسردگی دارد. همچنین فراتحلیل Steinbrueck و همکاران نشان داد که به طور کلی روان‌درمانی در مقایسه با دارودرمانی، برتری و تأثیر بیشتری در درمان افسردگی دارد (۲۷). افسردگی بیشتر با ارزش‌های نادرست، عدم فعالیت و اجتناب و افکار نادرست در ارتباط است و درمان پذیرش و تعهد با تأثیرگذاری بر روی این موارد و کاهش پریشانی موجب بهبود افسردگی می‌شود (۲۸). می‌توان گفت تأثیر دارودرمانی موقت است و هر از چندگاهی باید به بدن تزریق شود؛ اما روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با ارائه فنون و مهارت‌هایی در درون فرد نهادینه می‌شود و شخص تنها با یکبار یادگیری آن می‌تواند در کل زندگی مجهز شود و در مقابل آشفتگی‌های زندگی از آن استفاده کند. لازم به ذکر است که در تعمیم نتایج این پژوهش باید جوانب احتیاط رعایت شود. به دلیل

سپاس گزاری

این مقاله برگرفته شده از پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی به شماره (۹۲۰۰۸۱۴۲۰) در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس، در سال ۱۳۹۴ است. در پایان پژوهشگران بر خود لازم می دانند از کلیه افراد شرکت کننده در پژوهش، مسئولین محترم مراکز بهزیستی شهرستان شهرکرد و سایر اساتید و دوستانی که یاریگر ما در این پژوهش بوده اند صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

تضاد منافع

هیچگونه تضاد منافی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

References

1. Sadock B, Sadock V. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
2. Montazeri A, Mousavi S, Omidvari S, Tavousi M, Hashemi A, Rostami T. [Depression in Iran: a systematic review of the literature (2000-2010)]. J Iranian Instit Health Sci. 2013;12(6):567-94.
3. Kupfer DJ. Long-term treatment of depression. J Clin Psychiatry. 1991;52 Suppl:28-34. PMID: 1903134
4. Ghobari Bonab B, Motavalipoor A, Habibi Asgarabadi M. [Relationship between Anxiety and Depression and Magnitude of Spirituality in Students of the University of Tehran]. J Appl Psychol. 2009;2(10):110-23.
5. Klerman GL, Dimascio A, Weissman M, Prusoff B, Paykel ES. Treatment of depression by drugs and psychotherapy. Am J Psychiatry. 1974;131(2):186-91. DOI: 10.1176/ajp.131.2.186 PMID: 4587807
6. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. Behav Res Ther. 2006;44(1):1-25. DOI: 10.1016/j.brat.2005.06.006 PMID: 16300724
7. Knani K, Hadi S, Tayebi Naieni P. [The effectiveness of acceptance and commitment therapy on treating the adolescents with post-traumatic stress disorder after road accidents in the province of Isfahan]. Iranian J Rehabil Res Nurs. 2014;1(2):22-32.
8. Rajabi S, Yazdkhasti F. [The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Anxiety and Depression in Women with MS Who Were Referred to the MS Association]. J Clin Psychol. 2014;1(21):29-38.
9. Roemer L, Orsillo SM. An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. Behav Ther. 2007;38(1):72-85. DOI: 10.1016/j.beth.2006.04.004 PMID: 17292696
10. Roemer L, Orsillo SM, Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol.

برخی محدودیت ها، امکان پیگیری درمان وجود نداشت و مشکلاتی در تنظیم گروه های آزمایشی و کنترل بود.

نتیجه گیری

به طور کلی می توان نتیجه گرفت که درمان گروهی پذیرش و تعهد و همچنین دارودرمانی در کاهش افسردگی اساسی مؤثرند و روان درمانی اثر بیشتری در کاهش افسردگی دارد. از این رو بر روان پزشکان و متخصصان بالینی پیشنهاد می شود که می توانند برای کاهش افسردگی از دارودرمانی و روان درمانی پذیرش و تعهد بهره ببرند. پیشنهاد می شود درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی سایر اختلال ها و در مقیاسی وسیع تر و با ترکیب هم زمان دارودرمانی و درمان پذیرش و تعهد به اجرا درآید.

- 2008;76(6):1083-9. DOI: 10.1037/a0012720 PMID: 19045976
11. Molavi P, Mikaeili N, Rahimi N, Mehri S. [The effectiveness of acceptance and commitment therapy based on reducing anxiety and depression in students with social phobia]. J Ardabil Univ Med Sci. 2014;14(4):412-23.
12. Izadi R, Abedi MR. [Alleviation of obsessive symptoms in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder using acceptance and commitment-based therapy]. Feyz. 2013;17(3):275-86.
13. Lappalainen P, Granlund A, Siltanen S, Ahonen S, Vitikainen M, Tolvanen A, et al. ACT Internet-based vs face-to-face? A randomized controlled trial of two ways to deliver Acceptance and Commitment Therapy for depressive symptoms: an 18-month follow-up. Behav Res Ther. 2014;61:43-54. DOI: 10.1016/j.brat.2014.07.006 PMID: 25127179
14. Delavar A. [Theoretical and practical foundations of research in the humanities and social sciences]. Tehran: Roshd Publication; 2015.
15. Shahsavari A, Foroghi S. [Effectiveness of cognitive therapy on depression in epileptic patients]. Iranian J Psychiatr Nurs. 2015;3(1):37-46.
16. Zahiroddin A, Ghoreishi F. [A survey of depressive symptoms in patients]. Res Med. 2006;30(4):305-8.
17. Bohlmeijer ET, Fledderus M, Rokx TA, Pieterse ME. Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. Behav Res Ther. 2011;49(1):62-7. DOI: 10.1016/j.brat.2010.10.003 PMID: 21074752
18. Hor M, Aghaei A, Abedi A, Attari A. [The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression in patients with type 2 diabetes]. J Res Behav Sci. 2013;11(2):121-8.
19. M PO. [The effectiveness of acceptance and commitment group therapy in social phobia of students]. J Knowledge Health. 2011;6(2):1-5.
20. Irandoost F, Neshat Doost H, Nadi M. [The effectiveness of Acceptance and Commitment

- Therapy (ACT) on quality of life of women with chronic low back pain]. 2014;8(1):89-96.
21. Ost LG. The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther.* 2014;61:105-21. DOI: [10.1016/j.brat.2014.07.018](https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018) PMID: 25193001
 22. A-Tjak J, Davis ML, Morina N, Powers MB, Smits JA, Emmelkamp PM. A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychother Psychosom.* 2015;84(1):30-6. DOI: [10.1159/000365764](https://doi.org/10.1159/000365764) PMID: 25547522
 23. DeRubeis RJ, Hollon SD, Amsterdam JD, Shelton RC, Young PR, Salomon RM, et al. Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(4):409-16. DOI: [10.1001/archpsyc.62.4.409](https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.4.409) PMID: 15809408
 24. Rahimi A, Shamsaei F, Zarabian M, Sedehi M. [Efficacy of pharmacotherapy and cognitive therapy, alone and in combination in major depressive disorder]. *Sci J Hamadan Univ Med Sci.* 2008;15(1):16-21.
 25. Thase ME, Simons AD, Cahalane J, McGeary J, Harden T. Severity of depression and response to cognitive behavior therapy. *Am J Psychiatry.* 1991;148(6):784-9. DOI: [10.1176/ajp.148.6.784](https://doi.org/10.1176/ajp.148.6.784) PMID: 2035722
 26. Ravindran AV, Anisman H, Merali Z, Charbonneau Y, Telner J, Bialik RJ, et al. Treatment of primary dysthymia with group cognitive therapy and pharmacotherapy: clinical symptoms and functional impairments. *Am J Psychiatry.* 1999;156(10):1608-17. DOI: [10.1176/ajp.156.10.1608](https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1608) PMID: 10518174
 27. Steinbrueck SM, Maxwell SE, Howard GS. A meta-analysis of psychotherapy and drug therapy in the treatment of unipolar depression with adults. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51(6):856-63. PMID: 6655102
 28. Sheydayi Aghdam S, Shamsedini Lory S, Abassi S, Yousefi S, Abdollahi S, Moradijoo M. [The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment in reducing distress and inefficient attitudes in patients with MS]. *J Thought Behav Clin Psychol.* 2014;9(34):57-66.