

مقاله اصلی

مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری بر افسردگی و اضطراب بیماران مبتلابه فشارخون بالا

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۰۶ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۱۵

خلاصه

مقدمه

فشارخون بالا از شایع‌ترین عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی-عروقی است که منجر به مسائل و مشکلات زیادی می‌گردد، بنابراین هدف مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری بر افسردگی و اضطراب بیماران مبتلابه فشارخون بالا بود.

روش کار

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. تعداد ۳۶ نفر از بیماران مبتلابه فشارخون بالا در شهر بیرجند در شش ماه دوم سال ۱۳۹۹، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در سه گروه درمان پذیرش و تعهد (۱۲ نفر)، درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری (۱۲ نفر) و گواه (۱۲ نفر) جایگزین شدند. گروه‌های آزمایش به ترتیب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با روش‌های پذیرش و تعهد و عقلانی - عاطفی - رفتاری آموزش دیدند و گروه گواه آموزشی دریافت نکرد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم بک و همکاران (۲۰۰۰) و اضطراب بک و همکاران (۱۹۸۸) بود. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر بین گروهی در سطح معناداری $\alpha=0/05$ تحلیل شدند.

نتایج

نتایج نشان داد که روش‌های درمانی پذیرش و تعهد و عقلانی - عاطفی - رفتاری در مقایسه با گروه گواه باعث کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلابه فشارخون بالا شدند ($p<0/01$)؛ اما بین دو شیوه درمان پذیرش و تعهد و درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلابه فشارخون بالا تفاوتی وجود نداشت ($p>0/01$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان‌دهنده اهمیت هر دو روش درمانی پذیرش و تعهد و عقلانی - عاطفی - رفتاری در کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلابه فشارخون بالا بود؛ بنابراین، روانشناسان بالینی و درمانگران می‌توانند از روش‌های مذکور برای مداخلات اضطراب و افسردگی استفاده نمایند.

کلمات کلیدی

درمان پذیرش و تعهد، درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری، افسردگی، اضطراب، فشارخون بالا.

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

مینو میری^۱

شهرام وزیری^{۲*}

قاسم آهی^۳

فاطمه شهبازی زاده^۴

علیرضا محمودی راد^۵

^۱ استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران

^۲ دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی،

رودهن، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی،

بیرجند، ایران

^۴ دانشیار گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی،

بیرجند، ایران

^۵ استادیار گروه پزشکی داخلی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند،

بیرجند، ایران

Email: shahram.vaziri@gmail.com

مقدمه

از عوامل تهدیدکننده سلامت انسان‌ها، فشارخون بالاست^۱، که شایع‌ترین و مهم‌ترین عامل خطر مرگ و ناتوانی هست (۱). فشارخون بالا عبارت است از افزایش وارده از جریان خون به دیواره رگ‌های خونی (۲). ۲۶/۴ درصد و به‌طور متوسط در جهان، ۲۸/۶ درصد مردان و ۲۳/۹ درصد زنان، دچار فشارخون بالا هستند (۳)، این بیماری، سالانه بیش از ۱/۵ میلیارد نفر در جهان را دربرمی‌گیرد و حدود ۷ میلیون نفر در سال در اثر این بیماری می‌میرند (۴-۵). نتایج حاصل از مطالعه مرور سیستماتیک در ایران نشان داد که ۲۲ ایرانی‌ها دارای فشارخون بالا هستند و کمتر از نیمی از آن‌ها از بیماری خود مطلع بودند (۶). فشارخون بالا عامل ۴۵٪ مرگ‌ومیرهای قلبی، ۵۱٪ از مرگ‌ومیرهای ناشی از سکته مغزی و ۹/۵ میلیون مرگ در سال هست و پیش‌بینی شده است تا سال ۲۰۳۰ فشارخون بالا عامل یک‌چهارم کل مرگ‌ومیرها خواهد شد (۷). عوامل مؤثر در فشارخون بالا را می‌توان در سه دسته ۱- عوامل غیرقابل تغییر (مثل سن، جنس، یائسگی زودرس و غیره) ۲- عوامل قابل تغییر (مثل استرس و تنش، چاقی، دیابت، فشارخون، فعالیت فیزیکی ناکافی و LDL بالا، سیگار کشیدن و غیره) ۳- عوامل خطر تأیید نشده مثل مصرف ناکافی ویتامین‌های ب و هیپرانسولینمی و غیره تقسیم کرد (۸).

در بیماران مبتلا به فشارخون میزان اضطراب^۲ بسیار حائز اهمیت هست، زیرا سطح آن بر اساس مطالعات صورت گرفته در بیماران فشارخون بالاست (۹). اضطراب یک هیجان انطباقی و نگرانی ناخوشایند و اغلب مبهم است که غالباً با علائم دستگاه خودکار مثل تنگی نفس، تپش قلب، تعریق و سردرد و بی‌قراری همراه است (۱۰). در هنگام استرس و موقعیت‌های تهدیدکننده، رگ‌های اندام‌های احشائی منقبض می-

شوند، در این حالت نبض سریع می‌زند و فشارخون بالا می‌رود (۱۱). از طرفی برخی مطالعات نشان داده‌اند که افسردگی^۳، احتمالاً عامل خطر مهمی برای فشارخون باشد (۱۲). افسردگی نیز یک اختلال بیوشیمیایی با یک پاسخ محیطی است که به‌وسیله غمگینی، فقدان فعالیت، مشکل در تفکر و تمرکز مشخص می‌شود، افزایش یا کاهش معنادار در اشتها و خواب، احساس اندوهگینی و ناامیدی و گاهی اوقات تمایلات خودکشی نیز از جمله نشانه‌های افسردگی هستند (۱۳). نتایج پژوهشی، نشان داد که افراد دارای فشارخون بالا، بیشتر دچار افسردگی می‌شوند (۱۴). یافته‌های مطالعه‌ای دیگر نشان داد که افسردگی و اضطراب در بیش از ۵۰ درصد از بیماران با فشارخون بالا دیده می‌شود (۱۵). این یافته‌ها نشان‌دهنده آن است که احتمالاً دو عامل اضطراب و افسردگی در فرد مبتلا به فشارخون، به‌صورت یک سیکل معیوب عمل کرده که خود باعث ناتوانی بیشتر فرد مبتلا به فشارخون خواهد شد (۱۲).

با توجه به رشد روزافزون تعداد بیماران مبتلا به فشارخون بالا در ایران و جهان و نیز تأثیر نامطلوبی که این بیماری بر زندگی این بیماران دارد، نیاز مبرمی به توسعه و گسترش مداخلات روان‌شناختی اثربخش و به لحاظ تجربی تأییدشده، در این جمعیت وجود دارد (۱۶). از جمله این درمان‌ها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۴ هست که یک مداخله روان‌شناختی و ترکیبی از پذیرش، ذهن آگاهی و ارزش‌های بنیادی در فرایند درمان است تا بتواند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی که شامل قدم به عقب برداشتن و به‌صورت آگاهانه به تجارب درونی (مانند افکار، احساسات و حواس بدنی و ...) نگاه کردن را ایجاد کند (۱۷)؛ و به افراد کمک می‌کند تا با کاهش باور به افکار از طریق گسلش عاطفی، تأثیر افکار و هیجان‌ها را به حداقل برسانند و به

³ . Depression

⁴ . Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

¹ . Hypertension

² . Anxiety

فشارخون بالا، پژوهشی به صورت مستقیم انجام نشده است و خلأ پژوهشی احساس می شود. با توجه به شیوع فشارخون و تأثیر عوامل روانشناختی در این بیماری، همچنین کمبود مطالعه در این زمینه، پژوهش به منظور طرح ریزی راهکارهای درمانی غیر دارویی مناسب، ضروری به نظر می رسد. به علاوه به دلیل عوارض ناشی از این بیماری و مخارج اقتصادی فراوان در درمان آن، تداخلات دارویی و عوارض جانبی آن ها، مشکلات عدیده ای را پیش روی این بیماران قرار داده، به نظر می رسد دستیابی به شیوه های درمان غیر دارویی می تواند به طور همزمان و موازی با درمان های دارویی، طول مدت درمان را کاهش و بهبودی را تسریع نماید. از این رو مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری بر افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به فشارخون بالا انجام شد و به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا بین اثربخش درمان پذیرش و تعهد و درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری بر افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به فشارخون بالا تفاوت وجود دارد؟

روش کار

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری، سه گروهی (دو گروه آزمایش همراه با گروه گواه) بود. جامعه آماری شامل تمامی افراد مبتلا به فشارخون بالا مراجعه کننده به کلینیک دکتر محمودی راد در شهر بیرجند در شش ماه دوم سال ۱۳۹۹ بودند که دارای پرونده پزشکی بودند (۷۴ نفر). متخصصان برای طرح های آزمایشی حجم نمونه ۴ تا ۱۲ نفر را برای هر گروه پیشنهاد داده و آن را کافی می دانند (۲۸)، ۳۶ نفر از افراد واجد شرایط که داوطلب مشارکت در پژوهش بودند، به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به روش تخصیص تصادفی (از طریق برداشتن گوی زوج و یا فرد داخل کیسه) در سه گروه

سمت زندگی ارزشمند پیش بروند (۱۸). در پژوهش ها تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به فشارخون اساسی (۱۹)، کاهش حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به پرفشاری خون (۲۰) و کاهش افسردگی و استرس مبتلایان به فشارخون (۲۱) تأیید شده است.

یکی دیگر از روان درمانی های کاربردی درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری^۱ است که یک نوع روان درمانی شناختی - رفتاری است که توسط آلبرت ایس ابداع شده است (۲۲). این رویکرد بیماری ها و اختلال های روانی را ناشی از شناخت های اشتباه، باورها و عقاید نادرست و نگرش های غلط می داند (۲۳). لذا این شیوه درمانی به گونه ای طراحی شده است تا باورهای غیرمنطقی را مشخص، پیوندهای بین شناخت، هیجان و رفتار را بررسی و تغییر واقع گرایانه را جایگزین باورهای غیرمنطقی نماید (۲۴)؛ بنابراین در این درمان تلاش می شود که انسان ها بتوانند اختلالات هیجانی خود را به حداقل برسانند و زندگی شادی داشته باشند، همچنین به آن ها یاد دهد با احساسات منفی خویش مثل تأسف، ندامت، ناکامی و آزردهی برخورد مؤثری کنند. افراد به کمک این درمان می توانند با احساسات منفی نایجابی چون افسردگی، اضطراب و بی ارزشی کنار بیایند (۲۵). تاکنون اثربخشی درمان مصاحبه انگیزشی بر کاهش اضطراب، افسردگی بیماران مبتلا به فشارخون اساسی (۱۹)، آموزش تکنیک های مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر اضطراب و افسردگی و فشارخون سالمندان (۲۶) و درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری در کاهش افسردگی بیماران مالتیپل اسکلروزیس (۲۷) تأیید شده است، از این رو مرور پیشینه پژوهش نشان می دهد که در زمینه اثربخشی درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری در اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به

^۱ Rational Emotive Behavior Therapy (REBT)

بیماران سرپایی، ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب باز آزمایشی به فاصله‌ی یک هفته را ۰/۹۳ به دست آورده‌اند (۳۰).

پرسش‌نامه اضطراب بک: این پرسشنامه خود گزارشی ۲۱ سؤالی توسط بک و همکارانش در ۱۹۸۸ جهت سنجش شدت علائم اضطراب بالینی طراحی شد. آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه که نشان‌دهنده شدت اضطراب است را انتخاب می‌کند. چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهاربخشی از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. نمرات در دامنه ۹ تا ۶۳ قرار می‌گیرند که نمره ۰ تا ۷ هیچ یا کمترین اضطراب، نمره ۸ تا ۱۵ اضطراب خفیف، ۱۶ تا ۲۵ اضطراب متوسط و ۲۶ تا ۶۳ اضطراب شدید را نشان می‌دهد؛ و نمرات بالاتر نشان‌دهنده اضطراب بیشتر است. بک و همکاران روایی محتوایی این آزمون را مطلوب و پایایی به روش ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) ۰/۹۲ گزارش کردند. همچنین پایایی آن با روش باز آزمایشی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ گزارش شد (۱۲). در ایران مطالعه کاویانی و موسوی نشان داد که آزمون موردنظر دارای روایی (I=۰/۷۲)، پایایی (I=۰/۸۳) و ثبات درونی (Alpha=۰/۹۲) مناسبی است (۳۲).

روند انجام پژوهش بدین گونه بود که با همکاری کلینیک دکتر محمودی راد در شهر بیرجند، از بیماران مبتلا به فشارخون بالا بر اساس پرونده پزشکی به صورت فراخوان، دعوت به شرکت در یک جلسه توجیهی شد. در این جلسه در مورد بیماری فشارخون بالا، طرح کلی پژوهش حاضر، اهداف و مدت‌زمان آن، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی افراد، حق خروج از پژوهش در هرزمانی که می‌خواهند و زمان و مکان تشکیل جلسات توضیح داده شد. سپس افرادی که واجد شرایط و تمایل به شرکت در این طرح را داشتند، تعداد ۳۶ نفر انتخاب شدند. سپس این افراد به سه گروه مساوی (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) تقسیم شدند؛ و هر سه

(۱۲ نفر گروه درمان پذیرش و تعهد، ۱۲ نفر گروه درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری و ۱۲ نفر گروه گواه) جای‌داده شدند. ملاک‌های ورود شامل داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن جهت تکمیل پرسشنامه‌ها، ابتلا به فشارخون بالا بر اساس نظر متخصص، رضایت آگاهانه درباره شرکت در پژوهش، نداشتن اختلال روانشناختی (بر اساس بررسی پرونده پزشکی)، دریافت نکردن درمان روانشناختی دیگر (بر اساس پرونده پزشکی و خود اظهاری شرکت‌کننده) بودند؛ و ملاک‌های خروج شامل بی‌سوادی، مبتلا به بیماری‌های جسمی و روانی همزمان بر اساس پرونده پزشکی، سابقه شرکت در کلاس‌های آموزشی و درمان‌های روانشناختی، غیبت بیش از دو جلسه در درمان، عدم تمایل به ادامه درمان و عدم تکمیل پرسش‌نامه بود. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه‌های زیر بودند:

پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم:

پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم، یک شاخص ۲۱ سؤالی خود-گزارشی برای اندازه‌گیری نشانه‌های افسردگی در جمعیت‌های مختلف بالینی و غیر بالینی است که توسط بک و همکاران در سال ۲۰۰۰ ساخته شده است. هر سؤال دارای ۴ گزینه است که بر مبنای صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود، لذا حداکثر نمره در این پرسشنامه ۶۳ و حداقل آن صفر است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده افسردگی بیشتر است. در این آزمون نقطه برش ۱۳ هست به این معنی که آزمودنی داری نمره ۰ تا ۱۳ سالم با داری افسردگی جزئی (تقریباً غیر افسرده) و آزمودنی ۱۴ تا ۶۳ مبتلا به افسردگی خفیف تا شدید تلقی می‌شود. بک و همکاران، روایی سازه آن را تأیید و ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند (۲۹). همچنین دابسون و محمدخانی، روایی سازه و تحلیل عاملی آن را تأیید و ضریب پایایی به روش آلفای کرون باخ ۰/۹۲ را برای

گروه فرم رضایت آگاهانه مبتنی بر داوطلبانه بودن شرکت در جلسات و همچنین پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم و اضطراب بک را به عنوان پیش آزمون تکمیل کردند. سپس جلسات درمان برای دو گروه آزمایش در طول دو ماه برگزار شد، اما گروه گواه در لیست انتظار بودند. پس از خاتمه جلسات درمانی، پرسشنامه های ذکر شده به عنوان پس آزمون مجدداً در هر سه گروه اجرا شد. دوره پیگیری پس از دو ماه از طریق فراخوان افراد با رعایت تمام دستورالعمل های بهداشتی برگزار شد.

جلسات درمان پذیرش و تعهد بر مبنای پروتکل درمانی طراحی شده مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و همکاران (۳۳) توسط محقق در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای برگزار شد. خلاصه جلسات درمانی مطابق جدول ۱. بود.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان پذیرش و تعهد

جلسه	عناوین جلسات	تمرین
۱	معرفی درمانگر و آشنایی اولیه با مراجعین. برقراری رابطه مناسب جهت پر کردن صحیح پرسشنامه ها و ایجاد اعتماد، اندازه گیری فشارخون، آشنایی اعضای گروه به یکدیگر، معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بیان اهداف جلسات درمانی، انتظاراتشان از درمان، شرح اصول اخلاقی و رازداری، اخذ رضایت نامه کتبی شرکت در پژوهش، ارائه اطلاعات درباره فشارخون و انواع آن	استعاره تقلا در ماسه. طناب کشی با هیولا
۲	شناسایی و شفاف سازی ارزش ها و تفاوت آن با اهداف، اینکه می خواهیم رفتار مداوم خود را بر چه مبنایی قرار دهیم باهدف رسیدن به یک زندگی ارزشمند و توجه آگاه	حلقه هدف، استعاره قطب نما، جشن تولد
۳	تعریف پذیرش و تفاوت آن با سایر مفاهیم، توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از	انتخاب احساس، استعاره دیوها

۴	پيامدهای آن، شناسایی و شفاف سازی ارزش ها، باهدف کشف موقعیت های اجتناب شده و تماس با آن از طریق پذیرش	در قایق، کلید کشمش
۵	معرفی و تفهیم هم جوشی با افکار و تأثیر آن روی احساس، رفتار و تصمیم ما، اهمیت هم جوشی زدایی. هدف کسب انعطاف پذیری و توجه آگاهی و نه خلاص شدن از افکار ناخواسته بودن در اینجا و اکنون و رویارویی با افکار در رویکرد حضور ذهن، افزایش آگاهی هوشیارانه از تجربیاتمان در زمان حال. هدف تنظیم رفتار و انتخاب های عاقلانه و زندگی جهت دار	دست ها استعاره ای برای افکار، مزه هم جوشی زدایی، برگ های رودخانه
۶	تضعیف خود مفهومی شده. توضیح خود به عنوان زمینه به عنوان منطقی که از آن به افکار و احساسات توجه کرده و آن ها را بدون قضاوت مورد مشاهده قرار می دهد. هدف توجه به فکر و احساس بدون آنکه در آن ها گیر بیفتند و بتوانند از احوال خود آگاه باشند. ذهن آگاهی	تنفس توجه آگاهانه، توجه آگاهی به داستان. خوردن توجه آگاهانه یک کشمش

۷	عمل متعهدانه و آنچه لازم است انجام دهند. تعیین ارزش ها و توجه به قدرت انتخاب، استفاده از ذهن آگاهی برای بودن در زمان حال و در نهایت رفتارهایی که قصد دارند جهت تحقق اهداف انجام دهند.	تعیین اهداف. قدم کوچک، موانع عمل
۸	بازنگری مطالب، نگاه روبه جلو، حضور ذهن روزانه، شناسایی طرح های عمل مطابق با ارزش ها و ایجاد تعهد جهت عمل به آن، پرداختن به نگرانی های پس از خاتمه درمان، جمع بندی و اختتامیه، اجرای پس آزمون	بازنگری تکالیف، توجه آگاهی در برنامه های روزمره

- ۵ آموزش روان‌شناختی: بحث گروهی درباره اضطراب استفاده از روش حل آموزش روش حل و افسردگی، بیان یک مشکل، مسئله برای یکی از مسئله (تعریف مسئله، تعریف دقیق آن، بارش فکری مشکلات روزمره و ارائه راه‌حل جایگزین، راه‌حل‌های ممکن، بررسی ارائه گزارش در جلسه تصمیم‌گیری و اجرای راه‌حل‌ها بعدی
- ۶ تعیین پیشندها و بررسی تکلیف جلسه قبل، آزمون الگوهای پیامدهای رفتارهای بحث گروهی یافتن راه‌های رفتاری مناسب و ناکارآمد، یافتن حل مسئله و یافتن رفتارهای مهارت‌های اجتماعی رفتارهای جایگزین، جایگزین. در موقعیت‌های واقعی الگودهی و تمرین
- ۷ آموزش مهارت‌های بررسی تکلیف جلسه قبل، بررسی و نوشتن موارد مقابله‌ای در برابر موانع بررسی الگوهای رفتاری و نکاتی که در طول رفتار مؤثر و افکار نقاط قوت و ضعف رفتارها، همه جلسات تا جلسه غیرمنطقی بررسی موانع ایجاد رفتار مؤثر و بعد مهم و بارز بوده و کارآمد اثرگذار بوده است
- ۸ جمع‌بندی و ارزیابی بررسی تکلیف جلسه قبل، ارائه پس‌آزمون بازخورد، جمع‌بندی و توضیح مختصر راجع به کل جلسات، بیان احساسات اعضا، تقدیر و تشکر

در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط از جمله محرمانه بودن پرسشنامه‌ها، رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از پژوهش رعایت شده است و دارای کد اخلاق به شماره IR.BUMS.REC.1398.362 از دانشگاه علوم پزشکی بیرجند هست. جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بین گروهی با رعایت پیش‌فرض‌های آماری در سطح معناداری $\alpha=0/05$ استفاده شد.

نتایج

نتایج نشان داد که در هر دو گروه آزمایش ۷ نفر زن (۵۸/۳ درصد) و ۵ نفر مرد (۴۱/۷ درصد)، اما در گروه گواه ۸ زن (۶۶/۶۶ درصد) و ۴ مرد (۳۳/۳۳ درصد) بودند. دامنه سنی آزمودنی‌ها بین ۴۰ تا ۷۰ سال با میانگین و انحراف معیار $9/05 \pm 55/66$ بود. از مجموع افراد شرکت‌کننده ۱۵ نفر (۴۱/۶۷ درصد) شغل دولتی، ۱۰ نفر (۲۷/۷۸ درصد) آزاد و ۱۱ نفر (۳۰/۵۵ درصد)

جلسات درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری در این طرح پژوهشی بر مبنای پروتکل درمانی طراحی شده مبتنی بر درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری درآیدن و نیومن (۳۴) توسط محقق در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد. خلاصه جلسات درمانی مطابق جدول ۲ بود.

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری

جلسه	هدف	محتوی	تکلیف
۱	معرفه رهبر گروه و توضیح اهداف و تعداد نوشتن مسائل عمده و افراد به همدیگر، ایجاد جلسات، توضیح درباره مهم زندگی و انگیزه و معرفی روش اهداف و مقررات توسط رهبر مشخص رفتاری درمان عقلانی - گروه ایجاد انگیزه، معرفی نمودن اتفاقات مهم و عاطفی - رفتاری روش مشاوره رازداری، تعهد بحث درباره آن‌ها در نظم و حضور در جلسه، جلسه بعدی و آموزش اساس روش این پیش‌آزمون رویکرد که شامل اتفاق - گروهی با رویکرد عقلانی عاطفی و افکار احساس و رفتار است		
۲	آشنایی بیشتر اعضا با بررسی تکلیف جلسه قبلی و فکر کردن و نوشتن ده رویکرد عقلانی - بیان مشکلات اعضا راجع به مورد از بدترین عاطفی و رفتاری، مشکلات بیماران فشارخون حوادث زندگی با آموزش مدل (A-B-A)، ایجاد انگیزه برای مشاوره استفاده از روش A-C تکمیل جدول فکر، و درمان		
۳	عمل، احساس آموزش روان‌شناختی، بررسی تکلیف جلسه قبل، بیان ذکر نمونه‌هایی معرفی باورهای نمونه‌هایی از بایدها و نبایدها در بایدها و نبایدها از حوادث غیرمنطقی، بایدها و موقعیت‌های مختلف زندگی و زندگی نبایدها بحث گروهی در زمینه چگونگی تأثیر باورها در واکنش‌های افراد و بحث اعضای گروه باهم در مورد اینکه شیوه اندیشیدن آن‌ها باعث واکنش آن‌ها در برابر حوادث می‌شود		
۴	بازسازی شناختی با بررسی تکلیف جلسه قبل، کاربرد بازسازی جایگزینی افکار منطقی بررسی نمونه‌هایی از افکار شناختی و پیدا کردن به‌جای افکار غیرمنطقی و تأثیر آن بر روابط افکار جایگزین و تأثیر غیرمنطقی، روش‌های بین فردی، تمرین شناسایی آن در موقعیت‌های تغییر شناختی افکار غیرمنطقی و بحث روزمره گروهی درباره آن،		

بازنشسته بودند. در جدول ۳. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای افسردگی و اضطراب در گروه‌های پژوهش

گروه	متغیر	میانگین انحراف	میانگین انحراف	پس‌آزمون	پیگیری
		معیار	معیار		معیار
گواه	افسردگی	۲۰/۰۸	۵/۱۶۰	۲۰/۱۷	۴/۶۸۷
	اضطراب	۱۷/۶۷	۲/۵۳۵	۱۷/۴۲	۵/۱۰۷
درمان	افسردگی	۱۸/۹۲	۳/۲۳۲	۱۲/۵۰	۳/۶۵۶
پذیرش و تعهد	اضطراب	۱۶/۴۲	۱/۳۷۹	۸/۱۷	۳/۰۹۹
عقلانی - افسردگی		۱۷	۳/۴۹۰	۱۰/۶۷	۲/۱۰۳
عاطفی - اضطراب		۱۶/۹۲	۲/۵۷۵	۷/۸۳	۲/۵۵۲
رفتاری					

بر اساس نتایج جدول ۳ نمرات میانگین نمرات متغیرهای افسردگی و اضطراب در گروه‌های درمان پذیرش و تعهد و درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری نسبت به گروه گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش یافته است.

قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بین گروهی، پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها با آزمون کالموگروف-اسمیرنوف انجام شد. این پیش‌فرض حاکی از آن است که تفاوت مشاهده‌شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه برابر با صفر است. نتایج این آزمون نشان داد که تمام متغیرها در پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری از توزیع نرمال پیروی می‌کنند. همچنین به‌منظور بررسی پیش‌فرض یکنواختی کوواریانس‌ها یا برابری کوواریانس‌ها با کوواریانس کل از آزمون کرویت ماچلی استفاده شد. اگر معنی‌داری در آزمون کرویت ماچلی بالاتر از ۰/۰۵ باشد به‌طور معمول از آزمون فرض کرویت و در صورت عدم تأیید از آزمون محافظه‌کارانه گرینهاوس-گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری استفاده می‌شود. در این پژوهش نتایج آزمون

ماچلی برای همه متغیرهای پژوهش برقرار بود ($P > 0/05$). نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری برای مقایسه گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای افسردگی و اضطراب در سه مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۴. گزارش شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری

جهت بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای افسردگی و اضطراب در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	منبع تغییر	مجموع df	میانگین	F	سطح معناداری
مراحل	۳۳۳/۴۰۷	۱/۸۰۷	۱۸۴/۴۹۵	۵۹/۱۷۱	۰/۰۰۱
افسردگی گروه‌ها	۱۰۲۷/۲۴۱	۲	۵۲۸/۶۲۰	۱۳/۴۳۲	۰/۰۰۱
مراحل * گروه	۲۲۳/۹۸۱	۳/۶۱۴	۶۱/۹۷۲	۱۹/۸۷۵	۰/۰۰۱
مراحل	۷۲۳/۹۰۷	۱/۸۸۳	۳۸۴/۵۱۱	۴۴/۷۷۸	۰/۰۰۱
اضطراب گروه‌ها	۸۲۵/۳۵۲	۲	۴۱۲/۶۷۶	۳۰/۰۵۱	۰/۰۰۱
مراحل * گروه	۳۰۹/۲۵۹	۳/۷۶۵	۸۲/۱۳۳	۹/۵۶۵	۰/۰۰۱

بر اساس یافته‌های به‌دست آمده در جدول ۴. تفاوت بین نمرات متغیرهای افسردگی ($P < 0/01$) و متغیر اضطراب ($P < 0/01$) در سه مرحله از پژوهش معنی‌دار است. همچنین میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه معنی‌دار به‌دست آمده است ($P < 0/01$). نتایج نشان می‌دهد که به ترتیب نزدیک به ۵۴/۶ و ۳۶/۷ درصد از تفاوت‌های فردی در متغیرهای افسردگی و اضطراب به تفاوت بین گروه‌های درمان پذیرش و تعهد و درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری و گواه مربوط است. علاوه بر این تعامل بین مراحل پژوهش و عضویت گروهی نیز در همه متغیرهای پژوهش معنی‌دار است ($P < 0/01$)؛ به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات متغیرهای پژوهش در سه مرحله از پژوهش در سه گروه معنی‌دار است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان پذیرش و تعهد و درمان

شود؛ بنابراین پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری بر افسردگی و اضطراب بیماران مبتلابه فشارخون بالا انجام شد.

اولین یافته پژوهش نشان داد که درمان پذیرش و تعهد در شرکت کنندگان گروه آزمایش، در مقایسه با گروه گواه تأثیر معناداری در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلابه فشارخون بالا داشت، همچنین نتایج در دوره پیگیری هم معنادار بود. نتیجه به دست آمده با نتایج مطالعات پیشین در این زمینه همسو است. به طور مثال برادران و همکاران، در مطالعه خود دریافتند که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش موجب کاهش اضطراب بیماران مبتلابه فشارخون اساسی شد (۱۹)، پژوهش ابن نصیر و خالقی پور، نشان داد که روش درمانی پذیرش و تعهد توانست حساسیت اضطرابی را بیماران مبتلابه پرفشاری خون باصفت شخصیت اجتنابی را کاهش دهد (۲۰). مطالعه زتل، نشان داد درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش موجب کاهش معنادار افسردگی و استرس مبتلایان به فشارخون شد (۲۱). در تبیین یافته فوق می توان گفت که در درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد آموخته می شود که به جای اجتناب فکری و عملی از افکار و موقعیت های اضطراب زا، با افزایش انعطاف پذیری روان شناختی نسبت به تجارب درونی افکار و احساساتی را که در حضور و صحبت در جمع به آنها دارند بپذیرند. همچنین با ایجاد ارزش ها و اهداف عینی و تعهد به آنها، با اضطراب خود مقابله کنند، در واقع رویارویی فعال و مؤثر با افکار و احساسات، پرهیز از اجتناب، تغییر نگاه نسبت به خود و داستانی که در آن فرد نقش قربانی را دارد، بازنگری در ارزش ها و اهداف زندگی و در نهایت تعهد به هدفی عینی را می توان جزء عوامل اصلی مؤثر در این روش درمانی دانست (۳۵)؛ بنابراین در این درمان تمرین های تعهد رفتاری به همراه تکنیک های گسلش و پذیرش و نیز بحث های مفصل

عقلانی- عاطفی- رفتاری در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلابه فشارخون بالا مؤثر بوده است. با توجه به نتایج به دست آمده در جدول بالا، تفاوت بین مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش معنی دار است؛ بنابراین نتایج مقایسه های زوجی میانگین های سه مرحله پژوهش با استفاده از آزمون بونفرونی در جدول ۵. گزارش شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای متغیرهای افسردگی و اضطراب

متغیر	گروه	گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	p
افسردگی	درمان	Rebt Act	۱/۸۳۳	۱/۴۷۸	۰/۶۷۱
	گواه	گواه	-۵/۵۲۷	۱/۴۷۸	۰/۰۰۲
اضطراب	درمان	Rebt	-۷/۳۶۱	۱/۴۷۸	۰/۰۰۱
	گواه	گواه	۰/۲۲۲	۰/۸۷۳	۱
اضطراب	درمان	Rebt Act	-۵/۷۵۰	۰/۸۷۳	۰/۰۰۱
	گواه	گواه	-۵/۹۷۲	۰/۸۷۳	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۵. نشان می دهد بین میانگین نمرات افسردگی و اضطراب گروه های درمان پذیرش و تعهد و درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری با گروه گواه در سطح آلفای ۰/۰۱ تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/01$)؛ اما بین میانگین نمرات افسردگی و اضطراب گروه های درمان پذیرش و تعهد و درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری تفاوت معنادار وجود ندارد ($p > 0/05$) و بر همین اساس نتیجه گرفته می شود بین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان عقلانی- عاطفی- رفتاری در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلابه فشارخون بالا تفاوتی وجود ندارد.

بحث

شیوه زندگی می تواند باعث ایجاد استرس، اضطراب، افسردگی و به دنبال آن افزایش فشارخون

ولی به‌طور جداگانه پژوهش‌هایی در زمینه اثربخشی هر کدام در زمینه بیماران مبتلابه فشارخون انجام شده است. در به دست آمدن چنین نتیجه‌ای می‌توان گفت که هر دو روش به شیوه گروهی اجرا شدند و این شیوه اجرا باعث می‌شود که افراد خود را خیلی متفاوت از دیگران نپندارند، به جامعه وزندگی اجتماعی برگردند و فعالیت‌های خود را ادامه دهند. علاوه بر آن هر دو روش دارای پشتوانه نظری مستحکمی هستند و روش درمان پذیرش و تعهد از گسترش درمان شناختی رفتاری به وجود آمده و هدف آن انعطاف‌پذیری روانشناختی است. پس زمانی که از روش‌های مذکور برای کاهش ویژگی‌های روان‌شناختی منفی (مانند اضطراب و افسردگی) استفاده شود، بین روش‌های مذکور تفاوت معناداری وجود نخواهد داشت.

عدم بررسی گروه‌های سنی مختلف، کوچک بودن نمونه‌ی موردبررسی، روش نمونه‌گیری در دسترس و در نظر نگرفتن دیگر مشکلات و بحران‌های زندگی این بیماران و عدم کنترل عوامل جمعیت شناختی مانند سطح تحصیلات، تعداد فرزند، طبقه اجتماعی - اقتصادی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود پژوهش موردنظر روی گروه‌های بزرگ‌تر با کنترل عوامل اجتماعی مورد آزمایش مجدد قرار گیرد تا اعتبار این روش با اطمینان بیشتری برآورد شود.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان‌دهنده اثربخشی هر دو شیوه درمان پذیرش و تعهد و درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلابه فشارخون بالا بود. با توجه به اثربخشی هر دو رویکرد می‌توان این دو رویکرد درمانی را به‌عنوان مداخلات روانشناختی مؤثر در بخش‌های مختلف بیماران اجرا نمود. آموزش اصول این دو رویکرد درمانی نیز می‌تواند جزو کارگاه‌های آموزشی یا آموزش‌های ضمن خدمت

پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها همگی منجر به کاهش شدت افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلابه فشارخون بالا شد.

دیگر یافته پژوهش نشان داد که درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، در مقایسه با گروه گواه تأثیر معناداری در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلابه فشارخون بالا داشت، همچنین نتایج در دوره پیگیری هم معنادار بود. در زمینه تأثیر درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری بر افسردگی و اضطراب بیماران مبتلابه فشارخون، پژوهشی به‌صورت مستقیم انجام نشده است، اما مطالعات از اثربخشی درمان مصاحبه انگیزشی بر کاهش اضطراب، افسردگی بیماران مبتلابه فشارخون اساسی (۱۹)، آموزش تکنیک‌های مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر اضطراب و افسردگی و فشارخون سالمندان (۲۶) حکایت دارند. در توجیه یافته فوق می‌توان گفت که آموزش درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری باعث تسلط بر نشانه‌های رفتاری، درک علت‌های رفتار و اولویت‌بندی آن‌ها، چگونگی فکر کردن، مهارت ثبت افکار، مبارزه با افکار منفی، یادگیری مهارت حل مسئله، اصلاح باورهای نادرست و استفاده از راهبردهای مناسب می‌شود. همچنین گروه‌درمانی باعث می‌شود تا افراد علاوه بر یادگیری از هم به کاهش علائم و ارتقای سلامت یکدیگر کمک کنند (۳۶)، در نتیجه این عوامل باعث نقش مؤثر درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری در کاهش اضطراب و افسردگی بیماران می‌گردند.

آخرین یافته پژوهش نشان داد که بین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان عقلانی عاطفی در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلابه فشارخون بالا تفاوتی وجود ندارد. پیشینه پژوهش نشان می‌دهد، تاکنون پژوهشی در زمینه مقایسه تأثیر درمان پذیرش و تعهد و درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری در اضطراب و افسردگی بیماران مبتلابه فشارخون انجام نشده است،

پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌ها و یا حتی سایر بخش‌ها از جمله بیماران مزمن قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول مقاله در رشته روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند هست و دارای کد اخلاق به شماره

IR.BUMS.REC.1398.362 از دانشگاه علوم پزشکی بیرجند هست؛ که با هزینه شخصی نویسنده اول انجام شده است؛ هیچ گونه تعارض منافع بین نویسندگان وجود نداشته است. بدین وسیله از تمامی شرکت کنندگان که در اجرای این پژوهش همکاری صمیمانه‌ای داشتند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

Reference

1. Zakaria.pezeshki M. Hypertension control programs in five levels of prevention. Health Monitor Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research. 2019; 18(2):203-205. (Persian)
2. Mazloomi Mahmoodabad SS, Tehrani H, Gholian-Aval M, Gholami H, Nematy M. The effect of social class on the amount of salt intake in patients with hypertension. Blood pressure. 2016; 25(6):360-3. (Persian)
3. Reckelhoff JF. Gender differences in hypertension. Current opinion in nephrology and hypertension. 2018; 27(3):176-181.
4. Chockalingam A. World Hypertension Day and global awareness. Canadian Journal of Cardiology. 2008; 24(6):441-444.
5. Hajian S. Positive effect of antioxidants on immune system. Immunopathologia Persa. 2014; 1(1):1-2. (Persian)
6. Malekzadeh MM, Etemadi A, Kamangar F, Khademi H, Golozar A, Islami F, et al. Prevalence, awareness and risk factors of hypertension in a large cohort of Iranian adult population. Journal of hypertension. 2013; 31(7):1364-1371. (Persian)
7. Kjeldsen S, Feldman RD, Lisheng L, Mourad J-J, Chiang C-E, Zhang W, et al. Updated national and international hypertension guidelines: a review of current recommendations. Drugs. 2014; 74(17):2033-2051.
8. Haghrajanbar F, Shirzad M, Taghdisi MH, Sarami GR, Ahadi H. The mediating role of subjective-wellbeing in terms of perceived stress and hypertension. Iran J Health Educ Health Promot. 2016; 4(1):50-57. (Persian)
9. Tevie J, Shaya F. Depression and comorbid obesity and hypertension in United States children. Value in Health. 2014; 17(3):A193.
10. Adavi A, Fathi Marghmalaki R, Madmoli Y, Fathi Marghmalaki R, Madmoli M. The Effect of Stress Management on Anxiety of Females with Hypertension. Iranian Journal of Nursing Research. 2016; 11(5):7-12. (Persian)
11. Folkman S, Lazarus R. Coping and emotion in stress and coping. New York: Columbia. University Press; 2001.
12. Kheirabadi G, Bagherian-Sararoudi R, Masaeli N, Zonary R. A comparative study on magnitude of depression in patients with hypertension and non-hypertensive controls. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2012; 9(5):350-357. (Persian)
13. Ciasca EC, Ferreira RC, Santana CL, Forlenza OV, Dos Santos GD, Brum PS, et al. Art therapy as an adjuvant treatment for depression in elderly women: a randomized controlled trial. Brazilian Journal of Psychiatry. 2018; 40(3):256-263.
14. Bosworth HB, Bartash RM, Olsen MK, Steffens DC. The association of psychosocial factors and depression with hypertension among older adults. International journal of geriatric psychiatry. 2003; 18(12):1142-1148.
15. IuA V, Nesterova E, Dovzhenko T, Kozina A, Sadulaeva I, Tarasova K. Modern antidepressants in complex management of patients with hypertension and concomitant affective disorders. Kardiologiya. 2004; 44(8):72-79.
16. Saidian k, Sohrabi A, Zemestani M. Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Blood Pressure and Quality of Life in Women with Hypertension. Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2019; 27(1):161-169. (Persian)
17. McCracken LM, Vowles KE. Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: model, process, and progress. American Psychologist. 2014; 69(2):178-187.

18. Hughes LS, Clark J, Colclough JA, Dale E, McMillan D. Acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain. *The Clinical journal of pain*. 2017; 33(6):552-68.
19. Baradaran M, Zare H, Alipour A, Farzad, V. Comparison of Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Motivational Interviewing on Decreasing Anxiety, Depression, Stress and Increasing Hope in Essential Hypertensive Patients. *Journal of Clinical Psychology*. 2016; 8(4):95-105. (Persian)
20. Ebn-Nasir S, Khaleghipour S. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Anxiety Sensitivity, and Quality of Life in Patients with Hypertension Having Avoidance Personality Trait. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2018; 16(2):198-205. (Persian)
21. Zettle RD. Acceptance and commitment therapy for depression. *Current opinion in psychology*. 2015; 2:65-69.
22. Rosner R. Albert Ellis' rational-emotive behavior therapy. *Adolescent Psychiatry*. 2011; 1(1):82-87.
23. Sommers-Flanagan J, Sommers-Flanagan R. *Counseling and psychotherapy theories in context and practice: Skills, strategies, and techniques*: John Wiley & Sons; 2018.
24. Paydar F, Hamidi F, Kargar M. Effectiveness of rational emotive behavioral group counseling of emotional, social and educational adjustment of high school male students. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2018; 19(1):108-116. (Persian)
25. Akbarinezhad HE, E'temadi A, Nasirnezhad F. The Effectiveness of Rational-Emotive Behavioral Group Therapy in Psychological Well-Being of Women. *Clinical Psychology Studies*. 2014; 4(15):25-42. (Persian)
26. Ranjbari Pour T, Vaseghi Z, Barghi-Irani Z. Effect of Training Stress Management Techniques via Cognitive-Behavioral approach on Anxiety, Depression and Blood Pressure in the Elderly. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2017; 7(1):85-94. (Persian)
27. Rezaei, H. A Comparison of the Effectiveness of Group-Based Rational-Emotive Behavior Therapy (REBT) and Logotherapy in Reducing Depression in Multiple Sclerosis (MS) Patients. *Clinical Psychology Studies*, 2014; 4(16): 49-77. (Persian)
28. Oreizy H, Farahani H. *Applied research methods in counseling and clinical psychology*. Tehran: Danjeh; 2008. (Persian)
29. Steer RA, Rissmiller DJ, Beck AT. Use of the Beck Depression Inventory-II with depressed geriatric inpatients. *Behaviour research and therapy*. 2000; 38(3):311-318.
30. Stefan-Dabson K, Mohammadkhani P, Massah-Choulabi O. Psychometrics Characteristic of Beck Depression Inventory-II in Patients with Magor Depressive Disorder. *Archives of Rehabilitation*. 2007; 8(0):82-97.
31. Beck AT, Steer R. Beck anxiety inventory (BAI). Überblick über Reliabilitäts-und Validitätsbefunde von klinischen und außerklinischen Selbst-und Fremdbeurteilungsverfahren. 1988; 56(6):993-997.
32. Hossein Kaviani H, Mousavi A S. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran University Medical Journal*. 2008; 66(2):136-140. (Persian)
33. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of Mindful change*. New York: Guilford Press; 2011.
34. Dryden W, Neenan M. *Learning from mistakes in rational emotive behaviour therapy*: Routledge; 2013.
35. Ostadian Khani Z, Fadie Moghadam M. Effect of Acceptance and Commitment Group Therapy on Social Adjustment and Social Phobia Among Physically-Disabled Persons. *jrehab*. 2017; 18 (1):63-72. (Persian)
36. Handley AK, Egan SJ, Kane RT, Rees CS. A randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*. 2015; 68(4):37-47.

*Original Article***Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Rational-Emotional-Behavioral Therapy on Depression and Anxiety in Patients with Hypertension**

Received: 26/04/2021 - Accepted: 06/09/2021

Minoo Miri ¹
 Shahram Vaziri ^{2*}
 Qasem Ahi ³
 Fatemeh Shahabizadeh ⁴
 Alireza Mahmoodirad ⁵

¹ Assistant Professor, Department of Psychology, Farhangian University, Tehran, Iran

² Associate Professor, Department of psychology, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Rudehen, Iran. (Corresponding Author)

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

⁴ Associate Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

⁵ Assistant Professor, Internal Medicine Department, Birjand University Medical Science, Birjand, Iran

Email: shahram.vaziri@gmail.com

Abstract

Introduction: High blood pressure is one of the most common risk factors for cardiovascular disease that leads to many problems and problems. Therefore, the aim of the present study was to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy and rational-emotional-behavioral therapy on depression and anxiety in patients with hypertension.

Materials and Methods: The present study was a quasi-experimental pre-test-post-test and follow-up with a control group. A total of 36 patients with hypertension in Birjand in the second six months of 2020 were selected by convenience sampling method and randomly divided into three groups of acceptance and commitment therapy (12 patients), rational-emotional-behavioral therapy (12 patients) and Witnesses (12 people) were replaced. The experimental groups were trained in 8 sessions of 60 minutes with acceptance and commitment and rational-emotional-behavioral methods, respectively, and the group did not receive a training certificate. Data collection tools were Beck Depression Inventory - Second Edition Beck et al. (2000) and Beck et al. (1988) Anxiety Inventory. Data were analyzed using SPSS software version 24 and repeated measures analysis of variance test at the significance level of $\alpha = 0.05$.

Results: The results showed that acceptance, commitment and rational-emotional-behavioral therapies reduced depression and anxiety in patients with hypertension compared to the control group ($p < 0.01$); But there was no difference between acceptance and commitment therapy and rational-emotional-behavioral therapy in reducing depression and anxiety in patients with hypertension ($p < 0.01$).

Conclusion: The results showed the importance of both acceptance and commitment and rational-emotional-behavioral therapies in reducing anxiety and depression in patients with hypertension; therefore, clinical psychologists and therapists can use these methods to intervene in anxiety and depression.

Key words: Acceptance and Commitment Therapy, Rational-Emotional-Behavioral Therapy, Depression, Anxiety, Hypertension.

Acknowledgement: There is no conflict of interest.