

مقاله اصلی

اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی و افکار خودکشی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۲۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۲۰

خلاصه

مقدمه: بیماران افسرده با مشکلاتی در زمینه امید به زندگی و سلامت روان شناختی مواجه هستند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی و افکار خودکشی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی انجام شد.

روش کار: این مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش بیماران افسرده غیربستری مراجعه‌کننده به مراکز و کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی شهر تهران در فصل بهار سال ۱۴۰۲ بودند. تعداد ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با روش تصادفی در دو گروه مساوی جایگزین شدند. گروه آزمایش به تفکیک ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان پذیرش و تعهد و قرار گرفت و گروه کنترل آموزشی ندید. ابزارهای پژوهش مقیاس‌های افسردگی، افکار خودکشی بودند. داده‌ها با آزمون‌های مجذور کای، تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی بنفرونی تحلیل شدند.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که گروه‌ها از نظر جنسیت، سن و سطح تحصیلات تفاوت معنی‌داری نداشتند ($P > 0.05$). همچنین، روش درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل باعث بهبود شدند ($P < 0.001$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج، درمان‌گران و متخصصان سلامت می‌توانند از روش درمان پذیرش و تعهد برای بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت به‌ویژه بهبود افسردگی و افکار خودکشی استفاده نمایند.

کلمات کلیدی: افکار خودکشی، افسردگی اساسی، افسردگی، درمان پذیرش و تعهد، سلامت روان شناختی

علی صیادی^۱

محمد فیض‌آبادی^۲

پویا سمعیان^۳

علیرضا صالحی^{۴*}

نازنین حقیقت‌بیان^۵

محسن خانجمالی^۶

۱ کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکز،

دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲ کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه سمنان، سمنان،

ایران

۳ کارشناسی ارشد، گروه برنامه‌ریزی درسی، دانشگاه شهید

مدنی تبریز، تبریز، ایران

۴ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد خلخال،

دانشگاه آزاد اسلامی، خلخال، ایران (نویسنده مسئول)

۵ دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه

آزاد اسلامی، تهران، ایران

۶ کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه قم، قم، ایران

Email: Alirezasalehi8897@gmail.com

مقدمه

افسردگی پس از بیماری‌های قلبی-عروقی دومین عامل تهدیدکننده سلامت (۱) و مهم‌ترین اختلال خلقی است (۲). افسردگی شامل احساس غمگینی، از دست دادن علاقه، کاهش عملکرد فردی و اجتماعی، تغییر در الگوی خواب، تغذیه و سطح انرژی است و موجب تغییر در خلق، تفکر و عملکرد جسمی و جنسی فرد می‌شود (۳-۴). افسردگی معمولاً با کاهش امید به زندگی (۵) و افت سلامت روان‌شناختی (۶) همراه است. امید به زندگی شاخصی برای نشان‌دادن متوسط طول عمر یک جامعه است (۷) که یک سازه پیچیده، چندبعدی و قدرتمند برای بهبود بیماران است و بیماران امیدوار از خود مقاومت بیشتری نشان می‌دهند (۵). افراد امیدوار اهداف خود را تعیین، راه‌کارهایی برای رسیدن آن‌ها خلق و انگیزه خود را برای اجرای آن‌ها و تحقق اهداف افزایش می‌دهند (۸). امید به زندگی باعث افزایش نشاط، ارتقاء انعطاف‌پذیری، مقابله مناسب با چالش‌ها و تحمل ناکامی‌ها می‌شود (۹). هم‌چنین، سلامت به معنای رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و تأثیر متقابل آن‌ها بر یک‌دیگر است (۱۰)، اما سلامت روان‌شناختی یکی از ابعاد مهم سلامت و به معنای شناخت خود، آسایش ذهنی، احساس توانمندی، خودمختاری، کفایت و ارتباط با دیگران می‌باشد (۱۱) و چنین افرادی در زندگی شادتر و امیدوارترند، از راه‌بردهای مقابله‌ای سازگار استفاده و مشکلات روان‌شناختی کم‌تری دارند (۱۲).

برای بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی مرتبط با سلامت مبتلایان به افسردگی، روش‌های بسیاری از جمله درمان پذیرش و تعهد (۱۳) وجود دارد. در درمان پذیرش و تعهد به افراد آموزش می‌شود تا آگاه باشند، شرایط را بپذیرند و بدون قضاوت اقدام به مشاهده کنند (۱۴-۱۵). این شیوه برگرفته از موج سوم روان‌درمانی است که هدف آن ایجاد و ارتقاء انعطاف‌پذیری روانی یعنی انتخاب و اجرای بهترین راه از میان راه‌کارهای موجود می‌باشد (۱۶). این شیوه از طریق آموزش آگاهی‌شناختی، پذیرش روانی، جداسازی شناختی، گسلش شناختی،

روشن‌سازی ارزش‌ها و ایجاد انگیزه برای عمل متعهدانه باعث انعطاف‌پذیری روانی می‌شود (۱۷).

نتایج پژوهش‌ها درباره اثربخشی درمان پذیرش و تعهد متفاوت است. نتایج پژوهش‌های اصغری و دنیوی (۱۸)، رضوی و همکاران (۱۹) و مقدم و همکاران (۲۰) حاکی از اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افزایش امید به زندگی بود. در مقابل، منصور و رسولی ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان پذیرش و تعهد بر امید به زندگی تأثیر معنی‌داری نداشت (۲۱). علاوه بر آن، نتایج پژوهش‌های گریگوری و همکاران (۲۵) و میرزائی‌دوستان و همکاران (۲۲) نشان داد که درمان پذیرش و تعهد باعث بهبود سلامت روان شد. در پژوهشی دیگر بیگدلی و دهقان گزارش کردند که درمان پذیرش و تعهد باعث افزایش سلامت روان‌شناختی شد (۲۳).

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی با شیوع نسبتاً بالا است (۲۴) و مبتلایان به آن از نظر امید و سلامت روان‌شناختی افت می‌کنند. پس، ضروری است تا با روش‌های درمانی مناسب از جمله درمان پذیرش و تعهد و بهزیستی درمانی اقدام به بهبود آن‌ها کرد. همان‌طور که در بالا اشاره شد از یک سو پژوهش‌های اندک و گاه با نتایج متفاوت درباره درمان پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و سلامت روان‌شناختی انجام و از سوی دیگر بر اساس بررسی‌های پژوهش‌گران درباره بهزیستی درمانی پژوهش‌های بسیار اندکی انجام شده و پژوهشی درباره مقایسه دو روش یافت نشد. بنابراین،

نخستین مرحله در شکل‌گیری رفتار خودکشی‌گرایانه در فرد، پدید آمدن افکار خودکشی در او می‌باشد که این افکار ممکن است در یک موقعیت بحرانی به وجود آید و فرد اقدام به خودکشی کند (۲۵). افراد در دوره دانشجویی استرس‌ها و فشارهای تحصیلی زیادی را تجربه می‌کنند و آن‌ها باید در مورد اهداف زندگی و حیطه شغلی آینده خود تصمیمات مهمی بگیرند و احساس تنهایی ناشی از دوری از خانواده را تجربه می‌کنند (۲۶). شیوع افکار خودکشی در دانشجویان رشته‌های مختلف بالا می‌باشد که در مطالعات کشور ایران این شیوع در

دانشجویان ۲/۶ تا ۷/۴۲ درصد و اقدام به خودکشی ۱/۸ تا ۵/۳ درصد برآورد شده است (۲۷). بنابراین هدف این پژوهشی بررسی اثربخشی درمان تعهد و پذیر بر میزان افسردگی و افکار خودکشی در افراد مبتلا له افسردگی اساسی است.

روش پژوهش

این مطالعه به روش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دوماهه با گروه کنترل بود. جامعه مورد نظر تمامی مراجعه کننده به کلینیک تخصصی روانشناسی شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود. حجم نمونه مورد بررسی با مراجعه به جدول Cohen تعیین شد. به این طریق که در سطح اطمینان ۹۵ درصد، اندازه اثر ۰/۳۰ و توان آماری ۰/۸۳، برای هر گروه ۱۲ نفر تعیین شد. اما از آنجایی که احتمال ریزش برخی نمونه‌ها وجود داشت و هم‌چنین در جهت تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج، حجم نمونه در هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد. در مرحله اول به شیوه نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و این ۳۰ نفر در گام دوم به صورت تصادفی ساده (به شیوه قرعه کشی) در ۲ گروه آزمایش (۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: رضایت کامل جهت شرکت در جلسات درمانی، نداشتن بیماری دیگری (با سؤال کردن از افراد شرکت کننده در پژوهش)، تحصیلات حداقل در سطح راهنمایی و بالاتر، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان (مانند فلوکستین و سرتالین)، عدم دریافت خدمات روان‌شناختی (مانند درمان اضطراب) در سه ماه بود. ملاک‌های خروج از مطالعه شامل غیبت بیشتر از دو جلسه، ابتلاء به بیماری‌های روانی از جمله اضطراب اجتماعی یا دیگر اختلالات، شرکت هم‌زمان در سایر کارگاه‌های آموزشی روان‌شناختی و انصراف از ادامه همکاری بود. رضایت آگاهانه، توجیه مشارکت کنندگان در مورد روش و هدف انجام پژوهش، رعایت اصل رازداری و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات به دست آمده، آزادی مشارکت کنندگان در ترک مطالعه از جمله اصول اخلاقی رعایت شده در این مطالعه بوده است. برای جمع‌آوری داده‌ها علاوه بر فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی (شامل: سن، جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل) از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی

افکار خودکشی و افسردگی در ۳ مرحله پیش‌آزمون (قبل از آموزش)، پس‌آزمون (بعد از آموزش) و پی‌گیری (۲ ماه بعد از اتمام آموزش) استفاده گردید. نمونه‌گیری در بهمن ۱۴۰۲ انجام و مداخله از فروردین ۱۴۰۳ شروع و تا آخر خرداد ماه ادامه داشت و تا اواخر شهریور ماه دوره پی‌گیری نیز انجام گرفت. شرکت‌کنندگان در پژوهش ریزش نداشتند و آموزش‌ها به صورت رایگان ارائه شد لازم به ذکر است به این افراد اطلاع رسانی شد که هر زمان تمایل داشتند می‌توانند از این مطالعه خارج شده و اقدام به دریافت خدمات روان‌شناختی کنند. بعد از خاتمه مطالعه، آزمودنی‌های گروه کنترل به طور رایگان خدمات روان‌شناختی رایگان توسط روان‌شناس بالینی دریافت کردند

ابزار سنجش

پرسش‌نامه افکار خودکشی: این پرسش‌نامه یک ابزار خودسنجی با ۱۹ پرسش است که به منظور سنجش نگرش، افکار و برنامه‌ریزی برای خودکشی طراحی شده است. هر سؤال دارای سه گزینه است، درجه نقطه‌ای مقیاس از صفر تا دو است (نمره صفر یعنی هیچ، نمره یک یعنی تا حدودی و نمره دو یعنی زیاد). دامنه نمرات میل به مردن با پنج سؤال از صفر تا ده، خودکشی منفعل با چهار سؤال از صفر تا هشت و خودکشی فعال با ده سؤال از صفر تا ۲۰ می باشد و نمره کلی فرد بر اساس جمع نمرات از صفر تا ۳۸ قرار دارد و در این آزمون هر چه امتیاز فرد بیشتر باشد، میزان افکار خودکشی او بیشتر است. در این پرسش‌نامه ۵ سؤال اول به منظور غربالگری، طرح شده است به طوری که اگر دانشجویان به ۵ سؤال اول، نمره صفر دهند فاقد افکار خودکشی هستند. نمره ۱ تا ۵ نشان دهنده داشتن افکار خودکشی، نمره ۶ تا ۱۹، نشان دهنده آمادگی جهت خودکشی و نمره ۲۰ تا ۳۸ نشان‌گر قصد اقدام به خودکشی می باشد. این پرسش‌نامه یک ابزار معتبر و پایا جهت سنجش افکار خودکشی است که همبستگی درونی آن ۰/۸۹ و پایایی بین آزماینده‌ها $r=۰/۸۳$ گزارش شده است (۱۴-۱۵). هم‌چنین، در مطالعه دوچردالری اعتبار هم‌زمان این آزمون در مقیاس سنجش خطر خودکشی معادل $r=۰/۶۹$ و $P=۰/۰۰۱$ به دست

مناسب با تجارب ذهنی و ایجاد هدف و سبک زندگی اجتماعی و تعهد برای عمل به آن‌ها، شناسایی نقاط مثبت و منفی توسط یک‌دیگر بدون قضاوت و واکنش هیجانی به آن‌ها. جلسه هشتم: آموزش تحمل رویدادهای منفی از طریق مهارت‌های پای‌بندی در بحران‌ها، منحرف کردن حواس، تسکین خود با استفاده از حواس و تمرین آگاهی و ارائه بازخورد به یکدیگر. جلسه نهم: آموزش تنظیم هیجان (شناخت هیجان‌ها، اهمیت آن‌ها، کاهش آسیب‌پذیری و رنج هیجانی و افزایش هیجان مثبت)، تغییر عواطف از طریق عمل متضاد با عاطفه، تمرین عملی آموخته‌ها و ارائه بازخورد به وسیله گروه و درمانگر. جلسه دهم: افزایش کارآمدی بین‌فردی (حفظ و تداوم سلامت خویشاوندی، علاقه‌مندی و غیره)، آموزش مهارت‌های فردی (توصیف و بیان خود، ابراز وجود، اعتماد، مذاکره، عزت‌نفس و غیره) و خلاصه و جمع‌بندی جلسات.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. روش آماری مورد استفاده برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر بود. به منظور بررسی جمعیت شناختی آزمودنی‌ها از آزمون دقیق فیشر و پیش فرض نرمال بودن، از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، برای پیش فرض کرویت از آزمون چلی و برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. سطح معناداری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش و کنترل به ترتیب $3/92 \pm 43/40$ و $4/49 \pm 44/07$ سال بود ($P=0/669$). نتایج آزمون t دو نمونه مستقل در مورد سن و آزمون دقیق فیشر در خصوص جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد ($P>0/05$).

در راستای بررسی و توصیف داده‌های به دست آمده از نمونه‌های مورد مطالعه، آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به متغیرهای پژوهش در گروه‌های مورد مطالعه

آمده است (۱۶). این پرسش‌نامه به فارسی نیز ترجمه شده است و روایی هم‌زمان آن با پرسش‌نامه سلامت عمومی برابر با ۰/۷۶ و اعتبار آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ به دست آمده است (۱۷) در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۹۲ به دست آمد.

سیاهه تجدیدنظر شده افسردگی: این مقیاس توسط بک و همکاران در سال ۱۹۹۶ تهیه شده است و شامل ۲۱ سؤال است و نمره‌گذاری آن در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای است و حداقل نمره ۰ تا حداکثر نمره ۶۳ است و نقطه برش سیاهه افسردگی بزرگ‌تر یا مساوی ۱۰ است (۲۲). سازندگان سیاهه شاخص‌های روان-سنجی سیاهه را بررسی و پایایی سیاهه با آلفای کرونباخ بررسی و ضریب ۰/۸۶ برای بیماران روان‌پزشکی و ضریب ۰/۸۱ برای افراد عادی گزارش کرده‌اند (۲۲). این سیاهه در ایران توسط ترجمه و هنجاریابی شده است و ویژگی‌های روان‌سنجی آن شامل پایایی روایی محاسبه شده است که ضرایب آلفای کرونباخ سؤالات در دامنه ۰/۹۰ تا ۰/۹۲ به دست آمده است (۲۳). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۸۲ محاسبه و به دست آمده است.

محتوای درمان پذیرش و تعهد بر اساس نظریه فورمن و هربرت (۲۰۰۸). توسط عباسی و همکاران (۳۳) برای ۱۰ جلسه طراحی که به شرح زیر است. جلسه اول: معارفه و بیان اهداف و قوانین جلسات، معرفی کلی روش درمان پذیرش و تعهد، مفهوم‌سازی مشکلات مراجعان، آماده‌سازی مراجعان و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی. جلسه دوم و سوم: آشنایی با اصول و مفاهیم درمان پذیرش و تعهد شامل انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی شناختی، گسلش شناختی، خودتجسمی، داستان شخصی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه. جلسه چهارم و پنجم: آموزش ذهن‌آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش مشاهده و توصیف رویدادها و مهارت‌ها و تمرکز بدون قضاوت درباره آن‌ها. جلسه ششم و هفتم: آموزش تمرکز بر افزایش آگاهی شناختی، نحوه پاسخ‌گویی و مواجهه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در جداول ۲ گزارش گردیده است.

جدول ۲. برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مورد مطالعه

متغیرها	مؤلفه‌ها	آزمایش (n=۱۵) تعداد (درصد)	کنترل (n=۱۵) تعداد (درصد)	مقدار P
جنسیت	مرد	۱۳ (۸۶/۶۷)	۱۳ (۸۶/۶۷)	۱
	زن	۲ (۱۳/۳۳)	۲ (۱۳/۳۳)	
سطح تحصیلات	دیپلم	۳ (۲۰)	۲ (۱۳/۳۳)	۰/۵۲۲
	کارشناسی	۱۲ (۸۰)	۱۳ (۸۶/۶۷)	
وضعیت تأهل	مجرد	۳ (۲۰)	۱ (۶/۶۶)	۰/۵۶۹
	متأهل	۱۲ (۸۰)	۱۴ (۹۳/۳۴)	

آزمون دقیق فیشر، $P < ۰/۰۵$ اختلاف معنی‌دار

افکار خودکشی و افسردگی، با کاهش میانگین نمره روبه‌رو بوده است که نشان از تأثیر مداخله طرحواره درمانی بر متغیرهای مطرح شده دارد، در حالی که در گروه کنترل تغییر چندانی رخ نداده است.

مطابق جدول ۳، شاخص‌های توصیفی دو گروه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری ارائه گردیده. همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین نمرات گروه آزمایش از پیش‌آزمون تا پی‌گیری بهبود یافته است. این بهبودی در متغیرهای

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی در بیماران روانی تنی

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون انحراف معیار \pm میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار \pm میانگین	پی‌گیری انحراف معیار \pm میانگین	حداکثر	حداقل
افکار خودکشی	آزمایش	$۳/۶۷ \pm ۴۴/۵۶$	$۳/۷۰ \pm ۲۲/۴۰$	$۳/۷۰ \pm ۲۲/۴۰$	۳۲	۱۹
	کنترل	$۲/۱۶ \pm ۴۵/۸۰$	$۳/۳۸ \pm ۴۶/۴۸$	$۳/۱۹ \pm ۴۶/۱۲$	۳۰	۱۵
افسردگی	آزمایش	$۳/۶۷ \pm ۵۹/۵۶$	$۳/۷۰ \pm ۳۲/۴۰$	$۳/۷۰ \pm ۳۲/۴۰$	۹۷	۷۸
	کنترل	$۲/۱۶ \pm ۴۵/۸۰$	$۳/۳۸ \pm ۴۶/۴۸$	$۳/۱۹ \pm ۴۶/۱۲$	۱۰۳	۸۴

برقرار بود. لذا از آزمون اسپیریکتی استفاده شد. برای ارزیابی برابری ماتریس‌های کوواریانس از آزمون نام باکس استفاده شد، طبق نتایج برای متغیرهای افکار خودکشی ($\text{Box's } M=۳/۰۵۱$)، افسردگی ($\text{Box's } M=۴/۱۷۹$)، و افسردگی ($F=۱/۵۷۲$)، ($P=۰/۵۱۴$)، و افسردگی ($F=۳/۲۶۰$)، ($P=۰/۵۰۸$) برقرار بود. نتایج آزمون بین‌گروهی حاکی از آن بود که تفاوت میان گروه آزمایش و کنترل از نظر میانگین افکار خودکشی ($P=۰/۰۰۸$)، و افسردگی ($P=۰/۰۲۴$) معنی‌دار است. نتایج آزمون درون‌گروهی (دوره) حاکی از آن است که تفاوت میان میانگین افکار خودکشی ($P < ۰/۰۰۱$) و افسردگی ($P < ۰/۰۰۱$) معنادار است. به عبارت دیگر، تفاوت بین

برای تحلیل داده‌ها و بررسی فرضیه‌های افکار خودکشی و افسردگی از تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. قبل از انجام آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر، مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که مقادیر توزیع داده‌ها در سطح اطمینان ۹۵ درصد نرمال است ($P > ۰/۰۵$). نتایج آزمون لوین بیشتر از ۰/۰۵ به دست آمد و فرض همگنی واریانس‌های دو گروه محقق گردید. فرض کرویت ماچلی نشان داد که پیش‌فرض کرویت در داده‌ها برای هر مؤلفه افکار خودکشی افسردگی ($\chi^2=۳/۵۶$)، افسردگی ($\chi^2=۱۶/۰۵$)، ($P=۰/۰۵۵$)، افسردگی

اندازه اثر یا میزان تأثیر منابع تغییر بین گروهی، درون گروهی (زمان) و اثر تعاملی برای متغیر افکار خودکشی ۷۷ درصد است که به این معنا است که ۷۷ درصد از تغییرات نمره افکار خودکشی از طریق اثرات بین گروهی، درون گروهی و تعاملی قابل تبیین است. اندازه اثر یا میزان تأثیر منابع تغییر بین گروهی، درون گروهی (زمان) و اثر تعاملی برای متغیرهای افکار خودکشی به ترتیب ۷۱ درصد است که به این معنا است که ۷۱ درصد از تغییرات نمرات افکار خودکشی از طریق اثرات بین گروهی، درون گروهی و تعاملی قابل تبیین است.

میانگین نمرات ابعاد افکار خودکشی و افسردگی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در کل نمونه پژوهش به ترتیب برابر با ۶۷، ۷۸ درصد بوده و معنی دار است. همچنین، نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه و زمان بر متغیرهای افکار خودکشی و افسردگی معنی دار است ($P < 0/001$) که نشان دهنده تأثیر مداخله بر کاهش میانگین نمرات متغیرهای افکار خودکشی و افسردگی در مراحل پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل است.

جدول ۴. نتایج آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر در تبیین اثر متغیر مستقل بر افکار خودکشی و افسردگی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر
	گروه	۲۰۵/۵۸۹	۱	۲۰۵/۵۸۹	۴/۶۸۸	۰/۰۳۳	۰/۲۷
افکار خودکشی	دوره	۹۶/۵۷۲	۲	۴۸/۲۸۶	۲۴/۴۱۶	< ۰/۰۰۱	۰/۶۷
	گروه*دوره	۱۲۰/۰۰۱	۲	۶۰/۰۰۰	۳۰/۸۸۸	< ۰/۰۰۱	۰/۷۱
	گروه	۹۸/۸۲۲	۱	۹۸/۸۲۲	۱۵/۷۰۳	۰/۰۲۴	۰/۲۰۴
افسردگی	دوره	۹۲/۸۲۲	۲	۴۶/۴۱۱	۳۶/۹۹۷	< ۰/۰۰۱	۰/۷۸۵
	گروه*دوره	۱۳۲/۰۲۲	۲	۶۶/۰۱۱	۱۸/۲۰۶	< ۰/۰۰۱	۰/۶۵۳

بحث

مثبت و منفی زندگی را ندارند، رویدادهای منفی را تهدیدی برای امنیت و آرامش خویش می‌پندارند و قدرت تحمل موقعیت‌های ناراحت کننده را ندارند که این عوامل از طریق افزایش افکار ناخوشایند باعث می‌شود که درمان پذیرش و تعهد به دلیل درگیری فکری آنان در جلسات مداخله بر امید به زندگی آنان تأثیر چشمگیری نداشته باشد. همچنین، در تبیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و سلامت روان شناختی می‌توان گفت که این شیوه درمانی از روش‌های شناختی برای بهبود تحریف‌های شناختی استفاده می‌کند و باعث می‌شود سالمندان افسرده‌ای که در این روش درمانی شرکت کردند نسبت به افکار و احساسات خود شناخت نسبتاً کاملی پیدا و ضمن پذیرش آن‌ها از راه کارهای مناسبی برای بهبود وضعیت روان شناختی خود (از جمله امید و سلامت) استفاده کنند (۳۹).

پژوهش حاضر نشان داد که درمان پذیرش و تعهد باعث بهبود افکار خودکشی و افسردگی در بیماران افسرده شد که این نتیجه در زمینه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر امید به زندگی با نتایج پژوهش‌های (۲۱-۲۳) همسو و با نتایج پژوهش منصوری و رسولی (۲۴) ناهمسو و در زمینه اثربخشی آن بر سلامت روان شناختی با نتایج پژوهش‌های (۲۵-۲۷) همسو بود. در تبیین ناهمسوئی نتایج پژوهش حاضر با پژوهش منصوری و رسولی (۲۴) می‌توان به تفاوت در جامعه پژوهش اشاره کرد. پژوهش حاضر بر روی بیماران افسرده غیربستری انجام، اما پژوهش آنان بر روی زنان دارای مشکلات زناشویی و حتی در آستانه طلاق انجام شد. بر اساس نظر منصوری و رسولی (۲۴) زنان دارای مشکلات زناشویی دارای امیدواری پایینی هستند، توانایی سازگاری با موقعیت‌های

مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر شامل استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند، عدم بررسی تداوم اثربخشی نتایج در مرحله پی‌گیری و استفاده از ابزارهای خودگزارشی برای جمع‌آوری داده‌ها بودند. بنابراین، استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی، پی‌گیری تداوم اثربخشی نتایج و استفاده از مصاحبه برای جمع‌آوری داده‌ها پیشنهاد می‌شود. پیشنهاد دیگر انجام این پژوهش بر روی سایر گروه‌های آسیب‌پذیر از جمله بیماران نجات یافته از کرونا، زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان، زنان دچار خیانت زناشویی شده و غیره است.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهنده اثربخشی درمان اکت بر بهبود افکار خودکشی و افسردگی بیماران افسرده غیربستری بود. درمان پذیرش و تعهد یکی از روش‌های درمانی برگرفته از موج سوم روان‌درمانی است که نقش مؤثری در بهبود و ارتقاء سلامتی دارد. از آنجایی که هر دو متغیر افکار خودکشی و افسردگی جزء ویژگی‌های مرتبط با سلامت هستند، لذا درمان‌گران و متخصصان سلامت می‌توانند جهت بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت به‌ویژه بهبود افکار خودکشی و افسردگی از روش درمان پذیرش و تعهد در کنار سایر روش‌های درمانی استفاده نمایند.

تشکر و قدردانی

ابدین وسیله نویسندگان تشکر و قدردانی خود را از مسئولان مراکز و کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی شهر تهران به دلیل معرفی نمونه‌ها به پژوهش‌گران و از شرکت‌کنندگان در پژوهش به دلیل مشارکت فعال در پژوهش اعلام می‌کنند.

نکته مهم دیگر این که بر اساس باور نظریه‌پردازان درمان پذیرش و تعهد یک عامل مهم در ایجاد و حفظ آسیب‌های روانی، اجتناب تجربی است که به معنای ارزیابی منفی تجارب و عدم تمایل به تجربه آن‌ها است. از آنجایی که هدف درمان پذیرش و تعهد کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق پذیرش احساسات ناخوشایند غیرقابل اجتناب، پرورش ذهن‌آگاهی و تشخیص ارزش‌های شخصی مرتبط با اهداف است و فرد تشویق می‌شود تا در حالی که به سوی اهداف ارزشمند خود در حرکت است با تجربه‌ها به طور کامل و بدون مقاومت ارتباط برقرار کند و آن‌ها را بدون قضاوت بپذیرد. این مزایای درمان پذیرش و تعهد باعث افزایش انگیزه برای تغییر با وجود موانع غیرقابل اجتناب می‌شود و افراد را ترغیب می‌کند تا در جهت تحقق اهداف ارزشمند زندگی خود (رضایت از زندگی، امید و سلامت) گام بردارند (۲۷). در نتیجه، درمان پذیرش و تعهد با توجه به توضیح‌های بالا باعث بهبود امید به زندگی و سلامت روان‌شناختی بیماران افسرده غیربستری می‌شود. نکته مهم دیگر این که درمان پذیرش و تعهد یکی از روش‌های درمانی برگرفته از موج سوم روان‌درمانی با هدف ایجاد و ارتقاء انعطاف‌پذیری روانی از طریق آگاهی شناختی، پذیرش روانی، جداسازی شناختی، گسلش شناختی، روشن‌سازی ارزش‌ها و ایجاد انگیزه برای عمل متعهدانه است. در نتیجه، با توجه به ویژگی‌ها و راه‌بردهای مورد استفاده در هر روش می‌توان انتظار داشت که هر دو روش درمان پذیرش و تعهد تقریباً به یک اندازه موجب بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی مرتبط با سلامت از جمله امید به زندگی و سلامت روان‌شناختی بیماران افسرده غیربستری شوند.

Reference

- (1) Shrestha K, Ojha SP, Dhungana S, Shrestha S. Depression and its association with quality of life among elderly: An elderly home- cross sectional study. *Neurology, Psychiatry and Brain Research* 2020; 38: 1-4.
- (2) Lynch CJ, Gunning FM, Liston C. Causes and consequences of diagnostic heterogeneity in depression: Paths to discovering novel biological depression subtypes. *Biol Psychiatry* 2020; 88(1): 83-94.

- (3) Sapmaz SY, Sen S, Ozkan Y, Kandemir H. Relationship between Toxoplasma gondii seropositivity and depression in children and adolescents. *Psychiatry Res* 2019; 278: 263-7.
- (4) Levy T, Kronenberg S, Crosbie J, Schachar RJ. Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms and suicidality in children: The mediating role of depression, irritability and anxiety symptoms. *J Affect Disord* 2020; 265: 200-6.
- (5) Jia H, Zack MM, Gottesman II, Thompson WW. Associations of smoking, physical inactivity, heavy drinking, and obesity with quality adjusted life expectancy among US adults with depression. *Value Health* 2018; 21(3): 364-71.
- (6) Liu J, Chang L, Wu S, Tsai P. Resilience mediates the relationship between depression and psychological health status in patients with heart failure: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* 2015; 52(12): 1846-53.
- (7) Chisumpa VH, Odimegwu CO. Decomposition of age- and cause-specific adult mortality contributions to the gender gap in life expectancy from census and survey data in Zambia. *SSM Popul Health* 2018; 5: 218-26.
- (8) Acciai F, Firebaugh G. Why did life expectancy decline in the United States in 2015? A gender-specific analysis. *Social Science & Medicine* 2017; 190: 174-180.
- (9) Sagna AO, Kemp MLS, DiNitto DM, Choi NG. Impact of suicide mortality on life expectancy in the United States, 2011 and 2015: age and sex decomposition. *Public Health* 2020; 179: 76-83.
- (10) Potter R, O'Keeffe V, Leka S, Webber M, Dollard M. Analytical review of the Australian policy context for work-related psychological health and psychosocial risks. *Safety Science* 2019; 111: 37-48.
- (11) Joe GW, Lehman WEK, Rowan GA, Knight K, Flynn PM. The role of physical and psychological health problems in the drug use treatment process. *J Subst Abuse Treat* 2019; 102: 23-32.
- (12) Qi D, Wu Y. Does welfare stigma exist in China? Policy evaluation of the Minimum Living Security System on recipients' psychological health and wellbeing. *Social Science & Medicine* 2018; 205: 26-36.
- (13) Coto-Lesmes R, Fernandez-Rodriguez C, Gonzalez-Fernandez S. Acceptance and commitment therapy in group format for anxiety and depression. *A systematic review. J Affect Disord* 2020; 263: 107-20.
- (14) Fava GA, Cosci F, Guidi J, Tomba E. Well-being therapy in depression: New insights into the role of psychological well-being in the clinical process. *Depress Anxiety* 2017; 34(9): 801-8.
- (15) Fogelkvist M, Gustafsson SA, Kjellin L, Parling T. Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Body Image* 2020; 32: 155-66.
- (16) Wharton E, Edwards KS, Juhasz K, Walser RD. Acceptance-based interventions in the treatment of PTSD: Group and individual pilot data using acceptance and commitment therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2019; 14: 55-64.
- (17) Fluja-Contreras JM, Gomez I. Improving flexible parenting with acceptance and commitment therapy: A case study. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2018; 8: 29-35.
- (18) Xu Y, Wu T, Yu Y, Li M. A randomized controlled trial of wellbeing therapy to promote adaptation and alleviate emotional distress among medical freshmen. *BMC Medical Education* 2019; 19: 1-10.
- (19) Fava GA. Well-being therapy: Current indications and emerging perspectives. *Psychother Psychosom* 2016; 85(3): 136-45.
- (20) Guidi J, Rafanelli C, Fava GA. The clinical role of well-being therapy. *Nord J Psychiatry* 2018; 72(6): 447-53.

- (21) Asqari S, Donyavi R. The effect of acceptance and commitment therapy on the life expectancy in patients with multiple sclerosis. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences* 2017; 4(3): 69-74.
- (22) Razavi SB, Abolghasemi S, Akbari B, Naderinabi B. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on feeling hope and pain management of women with chronic pain. *Journal of Anesthesiology and Pain* 2019; 10(1): 36-49. (Farsi)
- (23) Mogadam N, Amraae R, Asadi F, Amani O. The efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on hope and psychological well-being in women with breast cancer under chemotherapy. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing* 2018; 6(5): 1-8. (Farsi)
- (24) Mansouri N, Rasouli A. The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment to increase the life expectancy, marital intimacy and reducing the marital conflicts of women. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing* 2019; 7(1): 82-8. (Farsi)
- (25) Gregoire S, Lachance L, Bouffard T, Dionne F. The use of acceptance and commitment therapy to promote mental health and school engagement in university students: A multisite randomized controlled trial. *Behavior Therapy* 2018; 49(3): 360-72.
- (26) Mirzaeidoostan Z, Zargar Y, Zandi Payam A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on death anxiety and mental health in women with HIV in Abadan city, Iran. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology* 2019; 25(1): 2-13. (Farsi)
- (27) Bigdeli R, Dehghan F. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on psychological symptoms and life satisfaction in patients with type-2 diabetes. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing* 2019; 5(4): 34-42. (Farsi)
- (28) Pirnia B, Maleki F, Kazemi M, Malekanmehr P. Effectiveness of well-being therapy on psychological well-being index, optimism and life expectancy in Iranian methamphetamine-dependent men in abstinence phase, a randomized clinical trial. *Razi Journal of Medical Sciences* 2020; 27(5): 131-40. (Farsi)
- (29) Moeenizadeh M, Salagame KKK. Well-being therapy (WBT) for depression. *International Journal of Psychological Studies* 2010; 2(1): 107-15.
- (30) Pirnia B, Rezayi A, Rahimianbogar E, Soleymani A. On the effectiveness of well-being therapy in mental health, psychopathology, and happiness in methamphetamine-dependent men. *Research on Addiction* 2016; 37(10): 227-40. (Farsi)
- (31) Fallahian R, Aghaei A, Atashpoor H, Kazemi A. The effect of subjective well-being group training on the mental health of students of Islamic Azad University of Khorasgan (Isfahan). *Knowledge & Research in Applied Psychology* 2014; 15(2): 14-24. (Farsi)
- (32) EsmaeiliShad B, HashemianNejad F, Ghazbanzadeh R, Hatamipour K. Investigate the effect of emotion regulation training on spiritual intelligence, health concern and psychological distress in women with depression. *Iranian Journal of Nursing Research* 2020; 15(2): 84-95. (Farsi)
- (33) Abbasi M, Khazan K, Pirani Z, Ghasemi Jobaneh R. Effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on cognitive-emotional functions of veterans. *Iranian Journal of War and Public Health* 2016; 8(4): 203-8. (Farsi)
- (34) Yesavage JA, Sheikh JI. Geriatric depression scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Journal of Clinical Gerontologist* 1986; 5(1-2): 165-73.
- (35) Asghari N, Maddahi ME, Kraskian Mojemari A, Sahaf R. Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on physical and psychological symptoms of elderly women. *Journal of Nursing Education* 2019; 8(3): 62-70. (Farsi)
- (36) Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *J Pers Soc Psychol* 1991; 60(4): 570-85.

- (37) Sadoughi M, Mehrzad V, Mohammad Salehi Z. The relationship of optimism and hope with depression and anxiety among women with breast cancer. *Iranian Journal of Nursing Research* 2017; 12(2): 16-21. (Farsi)
- (38) Najarian B, Davodi I. Development and reliability of SCL-25 (short form of SCL-90-R). *Journal of Psychology* 2001; 5(2): 136-49. (Farsi)
- (39) Ghadampour E, Maramazipour Z, Ranjbordar M, Aj A, Pireinoldin S, Yousefvand M. The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on reduce cognitive conflicts and negative self-coming thoughts. *Iranian Journal of Nursing Research* 2019; 14(2): 67-76. (Farsi)
- (40) Moeenizadeh M, Zarif H. The efficacy of well-being therapy for depression in infertile women. *Int J Fertil Steril* 2017; 10(4): 363-70.

*Original Article***The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Depression and Suicidal Thoughts in Patients with Major Depressive Disorder**

Received: 11/05/2024 - Accepted: 10/09/2024

Ali Sayadi¹
Mohammad feyzabadi²
Pouya samian³
Alireza salehi^{4*}
Nazanin Haghigat-Bayan⁵
Mohsen khanjmali⁶

1 Master's Degree, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2 Master's Degree, Department of Psychology, Semnan University, Semnan, Iran

3 Master's Degree, Department of Curriculum Planning, Shahid Madani University of Tabriz, Tabriz, Iran.

4 Master's student, Department of Psychology, Khalkhal Branch, Islamic Azad University, Khalkhal, Iran (Corresponding Author)

5 Ph.D., Department of Psychology, Rodhan Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

6 Master's Degree, Department of Psychology, University of Qom, Qom, Iran

Email: Alirezasalehi8897@gmail.com

Abstract

Introduction: Depressed patients often face challenges related to life expectancy and psychological well-being. Therefore, this study aimed to determine the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on depression and suicidal thoughts in patients with major depressive disorder.

Methods: This semi-experimental study employed a pretest-posttest design with a control group. The study population included outpatient depressed patients who visited psychological service centers and clinics in Tehran during the spring of 2023. A total of 30 participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to two equal groups. The experimental group underwent 10 sessions of 90-minute ACT treatment, while the control group received no training. The research tools included depression and suicidal thought scales. Data were analyzed using Chi-square tests, multivariate analysis of covariance (MANCOVA), and Bonferroni post hoc tests.

Results: The findings showed no significant difference between the groups in terms of gender, age, and educational level ($P > 0.05$). Furthermore, the ACT treatment method significantly improved outcomes compared to the control group ($P < 0.001$).

Conclusion: Based on the results, therapists and health professionals can use ACT to improve health-related attributes, particularly by reducing depression and suicidal thoughts.

Keywords: Suicidal thoughts, Major depressive disorder, Depression, Acceptance and Commitment Therapy, Psychological well-being