

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی، و ترکیبی (ذهن آگاهی، تعهد و پذیرش) بر افسردگی

ذوالفقار آبیاری^۱، بهنام مکوندی*^۲، سعید بختیارپور^۳، فرح نادری^۳، فریبا حافظی^۲

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۵/۱۶

تاریخ دریافت: ۹۶/۱۱/۰۴

چکیده

زمینه و هدف: تا سال ۲۰۲۰ افسردگی دومین بیماری پس از بیماری‌های قلبی عروقی خواهد بود که سلامتی و حیات انسان را در سراسر جهان تهدید خواهد کرد. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی، تعهد و پذیرش، و ترکیبی بر افسردگی انجام شد.

روش: این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه پژوهش شامل همه بیماران مبتلا به افسردگی با دامنه سنی ۱۴ سال بود که در سال ۹۶-۱۳۹۵ به مراکز مشاوره شهر یاسوج مراجعه کردند. از میان مراجعه‌کنندگان به این مراکز، ۶۰ بیمار مبتلا به افسردگی که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش و یک گروه گواه جایدهی شدند. گروه‌های آزمایش در هشت جلسه تحت درمان قرار گرفتند و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرده است. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس افسردگی بک (۱۹۹۷) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری نشان داد بین چهار گروه در نمرات پس‌آزمون افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/05$, $F = 26/43$, $df = 3$). یافته‌های این مطالعه نشان داد که مداخله مبتنی بر درمان ذهن آگاهی و تعهد و پذیرش، و ترکیبی بر افسردگی اثر معنی‌دار داشته است، اما درمان ترکیبی به طور معناداری مؤثرتر از ذهن آگاهی و تعهد و پذیرش ($P < 0/05$, $df = 3$) بوده است. نتایج همچنین نشان داد که تفاوت بین دو گروه تعهد و پذیرش و ذهن آگاهی، غیرمعنادار است ($P > 0/05$, $df = 3$)، بنابراین تأثیر این روش‌ها بر آزمودنی‌ها، یکسان بوده است.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که ترکیب دو شیوه ذهن آگاهی و تعهد و پذیرش، مؤثرتر از به‌کارگیری هر یک از این شیوه‌ها به تنهایی است.

کلیدواژه‌ها: درمان تعهد و پذیرش، ذهن آگاهی، افسردگی

*نویسنده مسئول: بهنام مکوندی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

تلفن: ۰۶۱-۳۳۳۴۸۴۲۰

ایمیل: Makvandi_b@yahoo.com

مقدمه

افسردگی، اختلال عاطفی است که با دگرگونی‌های خلق و هیجان مشخص می‌شود. این اختلال معمولاً مزمن، عودکننده، و به طور بالقوه تهدیدکننده زندگی است و با علایم نارضایتی، از دست دادن توان و علایق گذشته، اعتماد به خود پایین، احساس غم و گناه، عدم تمرکز، داشتن افکار خودکشی، کندی یا بی‌قراری روان/ حرکتی، افزایش یا کاهش وزن، فقدان لذت، خستگی روانی- جسمی، تغییر در اشتها و الگوی خواب همراه است (۱). از سوی سازمان سلامت جهانی، افسردگی، رتبه پنجم صرف هزینه‌ها را به خود اختصاص داده است. همچنین برآورد شده است که تا سال ۲۰۲۰، افسردگی دومین بیماری پس از بیماری‌های قلبی عروقی خواهد بود که سلامتی و حیات انسان را در سراسر جهان تهدید خواهد کرد (۲).

برای درمان اختلالات افسردگی از روش‌های متفاوتی استفاده شده است، با این حال عدم موفقیت روش رایج شناختی- رفتاری سنتی، لزوم انجام بررسی روی‌آورد‌های نوین شناختی- رفتاری برای درمان اختلال افسردگی را مشخص می‌کند (۳). برخی پژوهشگران، استفاده از تلفیق روی‌آورد‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی را با مداخله‌های شناختی- رفتاری موجود، پیشنهاد کرده‌اند. رایج‌ترین روش آموزش ذهن‌آگاهی، آموزش مبتنی بر کاهش تنیدگی است که به شکل برنامه کاهش تنیدگی و برنامه آرامش‌آموزی شناخته شده است (۴). به طور کلی، مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش نشانه‌های افسردگی، درد مزمن، و تنیدگی (۵)، اضطراب (۶) و بیماری‌های قلبی، مبتلایان به ایدز، مشکلات معده‌ای روده‌ای وابسته به تنیدگی، سردرد، فشارخون بالا، و اختلالات خواب، مؤثر هستند (۷). آموزش ذهن‌آگاهی یکی از درمان‌های کاهش تنیدگی است که در آن بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی که از قدرت مهارگری بلافاصله انسان خارج است، از طریق تنفس و فکر کردن، آموزش داده

می‌شود (۸). در سال‌های اخیر ذهن‌آگاهی در جامعه علمی، توجه زیادی را به خود معطوف کرده و به عنوان آگاهی لحظه به لحظه از تجربه به دست آمده از توجه هدفمند، همراه با پذیرش بدون داوری تجربه‌های موجود، تعریف می‌شود (۹). ذهن‌آگاهی یک فن یا روش نیست، که می‌توان آن را یک شیوه بودن یا یک شیوه فهمیدن توصیف کرد که مستلزم درک احساسات شخصی است و بیشتر مطالعات بر کارآمدی مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش تنیدگی، افسردگی، افکار خودکشی، اضطراب، و افکار خودآیند منفی، و همچنین بهبود کیفیت زندگی، افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روانی، صحنه گذاشتند (۱۰-۱۹).

در بین درمان‌های روان‌شناختی، الگوهای متنوعی در مورد درمان و کاهش علائم روان‌شناختی بیماران به کار رفته است. در حال حاضر درمان‌های شناختی- رفتاری و به ویژه شیوه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ به عنوان روش درمانی مؤثری برای درمان و کاهش علایم اختلال‌های روانی به کار رفته است (۲۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توسط هیز^۲ در اواخر دهه ۱۹۸۰ بر اساس روی‌آورد‌های رفتاری‌نگر به درمان، پدید آمد. درمان رفتاری در سه گروه یا سه نسل مفهوم‌سازی شده است: رفتاردرمانی؛ رفتاردرمانی شناختی، و موج سوم رفتاردرمانی. در درمان‌های موج سوم تلاش می‌شود به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. درمان تعهد و پذیرش ریشه در رفتارگرایی دارد اما به‌وسیله فرایندهای شناختی مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد (۲۱). در این شیوه درمان تلاش می‌شود به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دست‌یابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (۲۲ و ۲۳).

به طور کلی در درمان پذیرش و تعهد ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات

حاضر با هدف مقایسه اثربخشی این روش‌های درمانی به صورت مجزا و همچنین به صورت ترکیبی انجام شده است.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه پژوهش را تمامی افراد مبتلا به اختلال افسردگی با میانگین سنی ۱۴ سال مراجعه‌کننده به مراکز روان‌شناختی شهر یاسوج در سال ۱۳۹۶ تشکیل می‌دادند که از این بین، ۶۰ نفر به وسیله پرسشنامه افسردگی بک و مصاحبه بالینی ساختاریافته توسط پژوهشگر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده‌اند و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند (۱۵ نفر تحت درمان ذهن‌آگاهی، ۱۵ نفر تحت درمان تعهد و پذیرش، ۱۵ نفر در روش درمانی ترکیبی، و ۱۵ نفر گروه گواه). ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت‌اند از: دارا بودن تشخیص اختلال افسردگی بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی توسط پژوهشگر با استفاده از مصاحبه بالینی و پرسشنامه افسردگی بک، بستری نشدن در بیمارستان طی ۲ ماه گذشته به دلیل مسایل روان‌پزشکی، استفاده نکردن از روان‌درمانی و دارودرمانی خارج از مداخله پژوهش، نداشتن سایر اختلالات روان‌پزشکی. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بود از: نداشتن سواد و داشتن علایم سایکوتیک بارز، غیبت بیش از سه جلسه و تغییر محل سکونت؛ دامنه سنی زیر ۱۲ سال. بعد از انتخاب افراد نمونه، برنامه روان‌درمانی تعهد و پذیرش، ذهن‌آگاهی، و ترکیبی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه‌های آزمایش اجرا شد اما گروه گواه هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکردند.

ب) ابزار پژوهش: پرسشنامه افسردگی بک: این آزمون نخستین بار در سال ۱۹۹۶ توسط بک معرفی شد و در سال ۱۹۹۷ مورد تجدید نظر قرار گرفت و در نهایت در سال ۱۹۷۸ منتشر شد. پرسشنامه افسردگی بک، یک پرسشنامه خودگزارشی ۲۱ گویه‌ای برای سنجش شدت افسردگی در

و غیره) افزایش یابد و به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا مهار این تجارب ذهنی ناخواسته، بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به طور کامل پذیرفت. در گام دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی)؛ در مرحله چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی یا داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است، انجام می‌شود؛ در گام پنجم، به فرد کمک می‌شود تا ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد (روشن‌سازی ارزش‌ها)؛ و در مرحله آخر، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی، صورت می‌گیرد (۲۴).

بستامی و همکاران (۲۵) در پژوهشی به منظور تأثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نتیجه گرفت که شدت علائم افسردگی کارکنان مرد نظامی مبتلا به دیابتی نوع ۲ کاهش یافته است. چراغیان و همکاران (۲۶) نیز با استفاده از این روش، اثربخشی آن را بر کاهش افسردگی زنان باردار، نشان داده است. تأثیر مثبت این شیوه درمانی در پژوهش‌های مشابه دیگر نیز مشخص شده است؛ مانند اثربخشی این شیوه در کاهش افسردگی (۲۷ و ۲۸)، افزایش تمرکز حواس و ارزیابی مجدد شناختی (۲۹)، افزایش کیفیت زندگی (۳۰)، و سایر ابعاد و شاخص‌های سلامت روان‌شناختی (۲۷-۴۰).

بدین ترتیب بر اساس نتایج پژوهش‌های مختلف مبنی بر کارآمدی و اثربخشی مثبت روش‌های درمانی ذهن‌آگاهی و روش پذیرش و تعهد در کاهش علائم اختلال‌های روانی، این پرسش پیش می‌آید که کدام یک از این دو شیوه دارای اثربخشی بیشتری هستند و همچنین آیا ترکیب این دو روش درمانی، دارای اثربخشی بیشتری است یا نه؛ بنابراین پژوهش

انجام شده در مورد پرسشنامه افسردگی بک حاکی از آن است که ضرایب همسانی درونی آن بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ است. ضرایب اعتبار حاصل از بازآزمایی بر حسب فاصله بین دفعات اجرا و نوع جمعیت در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ قرار دارد (۲۶). در جامعه ایرانی نتایج پژوهشی که روی ۱۲۵ دانشجو انجام گرفت، نشان داد این پرسشنامه دارای ضریب همسانی درونی ۰/۷۸ و پایایی بازآزمایی ۰/۷۳ به دست آمده است (۴۱).

ج) روش مداخله‌ای: در این پژوهش آزمودنی‌های گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه یک ساعته تحت درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (۴۲)، ۸ جلسه یک ساعته تحت درمان پذیرش و تعهد هیز (۲۳)، و ۸ جلسه یک ساعته تحت درمان ترکیبی (ذهن آگاهی - تعهد مبتنی بر پذیرش) قرار گرفتند و در این مدت، گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. برنامه مداخله، براساس جلسات در جدول‌های زیرارایه شده است.

بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا است. در این پرسشنامه، آزمودنی برای هر گویه یکی از چهار گزینه‌ای را که نشان دهنده شدت علامت افسردگی در مورد خویش است را بر می‌گزیند. برای تکمیل این پرسشنامه ۵ تا ۱۰ دقیقه، زمان لازم است. هر گویه، نمره‌ای بین صفر تا سه می‌گیرد و بدین ترتیب نمره کل پرسشنامه دامنه‌ای از ۰ تا ۶۳ دارد. ۲۱ گویه پرسشنامه افسردگی بک در سه گروه نشانه‌های عاطفی، شناختی، و جسمانی افسردگی طبقه‌بندی می‌شوند. در این پرسشنامه چندین گروه سوال وجود دارد و هر سوال بیان کننده حالتی در فرد است. برای اجرای پرسشنامه از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود تا سوال‌ها و گزینه‌ها را به دقت بخواند و از هر سوال گزینه‌ای را انتخاب کنند که بهتر از همه احساس فرد را نشان می‌دهد؛ یعنی آنچه درست در زمان اجرای پرسشنامه، احساس می‌کنند. نمره افسردگی فرد با جمع نمرات گزینه‌های انتخاب شده توسط فرد به دست می‌آید. نتایج فراتحلیل

جدول ۱: خلاصه محتوای طرح درمانی ذهن آگاهی

جلسه	موضوع، هدف، و محتوا
اول	خوش آمدگویی، بحث درباره مکان برگزاری، تعداد جلسات، طول دوره و مدت زمان هر جلسه، مطرح کردن قوانین و مقررات، معرفی و آشناسازی، ارائه خلاصه‌ای از روش درمان و بیان هدف جلسات، انجام پیش‌آزمون.
دوم	بیان خلاصه محتوای جلسه قبل با مراجع، توضیح درباره ماهیت الگوی فراشناختی ذهن آگاهی انفضالی، ارائه نمودار آن، بحث و گفتگو درباره الگو، آموزش فن مهار توجه و تمرین آن، ارائه تکلیف و تاکید بر انجام تکلیف، دریافت پس‌خوراند.
سوم	دریافت پس‌خوراند از جلسه قبل، مرور تمرین و تکلیف جلسه قبل، آموزش و تمرین فن هدایت فراشناختی، آموزش و تمرین آزمایش ضد منع بازداری، ارائه تکلیف برای خانه.
چهارم	دریافت پس‌خوراند از جلسه قبل، بحث پیرامون تکالیف خانگی، آموزش و تمرین فن تداعی آزاد، ارائه تکلیف خانه، دریافت پس‌خوراند مجدد.
پنجم	دریافت پس‌خوراند از جلسه قبل، مرور تکلیف خانگی، آموزش و تمرین فن تجویز ذهن سرگردان، آموزش تمرین تکلیف، ارائه تکلیف، دریافت مجدد پس‌خوراند.
ششم	دریافت پس‌خوراند از جلسه قبل، مرور تکلیف خانگی، آموزش و تمرین فن حلقه کلامی، آموزش و تمرین فن کودک متهم، ارائه تکلیف خانگی، دریافت مجدد پس‌خوراند.
هفتم	دریافت پس‌خوراند از جلسه قبل، مرور تکلیف خانگی، آموزش و تمرین روش تصویرسازی ابرها، آموزش و تمرین روش تمثیل ایستگاه قطار، ارائه تکلیف خانگی، دریافت مجدد پس‌خوراند.
هشتم	دریافت پس‌خوراند از جلسه‌های درمانی، مرور تکالیف و پاسخ‌گویی به سوال‌ها و اشکال‌ها، تمرین تکنیک‌های آموخته شده در جلسه‌های قبل با مشارکت اعضا، بیان ضرورت و لزوم به کارگیری فنون آموخته شده جهت کاهش نشانه‌های بیماری و افزایش بهبود کلی، بحث درباره وضعیت روانی فعلی اعضا، پاسخ به سوال‌های مطرح شده، تعیین جلسه پیگیری، و انجام پس‌آزمون.

جدول ۲: خلاصه محتوای طرح درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	موضوع، هدف، و محتوا
اول	جلسه آشنایی اولیه با مراجع و برقراری رابطه مناسب با هدف پر کردن صحیح پرسشنامه‌ها و ایجاد اعتماد. اجرای پیش‌آزمون، ارزیابی، مصاحبه تشخیصی، و ضابطه‌بندی درمان.
دوم	آشنایی با مفاهیم درمانی پذیرش. تعهد، ایجاد بینش در مراجع نسبت به مشکل، و به چالش کشیدن مهارگری.
سوم	آموزش نوامیدی خلاقانه و آشنایی با فهرست ناراحتی‌ها و مشکلاتی که مراجع برای رهایی از آنها تلاش کرده است
چهارم	ایجاد پذیرش و ذهن آگاهی به واسطه رها کردن تلاش برای مهارگری و ایجاد گسلش شناختی و مرور جلسه پیشین و تکالیف.
پنجم	آموزش زندگی ارزش‌مدار، انتخاب و مرور جلسات پیشین، و ارائه تکالیف.
ششم	ارزیابی اهداف و اعمال، تصریح ارزش‌ها، اهداف و اعمال و موانع آنها.
هفتم	بررسی مجدد ارزش‌ها، اهداف و اعمال، و آشنایی و مشارکت با اشتیاق و تعهد.
هشتم	شناسایی و رفع موانع عمل متعهدانه، جمع‌بندی، و اجرای پس‌آزمون.

جدول ۳: خلاصه محتوای طرح درمانی ترکیبی

جلسه	موضوع، هدف، و محتوا
اول	خوش آمدگویی، بحث درباره مکان برگزاری، تعداد جلسات، طول دوره و مدت زمان هر جلسه، مطرح کردن قوانین و مقررات گروه، معرفی، ارائه خلاصه‌ای از روش درمان و بیان هدف جلسات، و انجام پیش‌آزمون.
دوم	بیان خلاصه محتوای جلسه قبل، توضیح درباره این که الگوی فراشناختی ذهن آگاهی انفضالی چیست و ارائه نمودار آن، بحث درباره الگو، آموزش فن مهار توجه و تمرین آن، ارائه تکلیف، و تاکید بر انجام تکلیف، دریافت پس‌خوراند. آشنایی با مفاهیم درمانی پذیرش و تعهد، ایجاد بینش در مراجع نسبت به مشکل، و به چالش کشیدن کنترل.
سوم	دریافت پس‌خوراند از جلسه قبل، مرور تمرین و تکلیف جلسه قبل، آموزش و تمرین فن هدایت فراشناختی، آموزش و تمرین آزمایش ضد منع بازداری، و ارائه تکلیف خانگی. آموزش نوامیدی خلاقانه و آشنایی با فهرست ناراحتی‌ها و مشکلاتی که مراجع برای رهایی از آنها تلاش کرده است.
چهارم	دریافت پس‌خوراند از جلسه قبل، بحث پیرامون تکالیف خانگی، آموزش و تمرین فن تداعی آزاد، ایجاد پذیرش و ذهن آگاهی به واسطه رها کردن تلاش برای مهارگری و ایجاد گسلش شناختی.
پنجم	دریافت پس‌خوراند از جلسه قبل، مرور تکلیف خانگی، آموزش و تمرین فن تجویز ذهن سرگردان، آموزش تمرین تکلیف، آموزش زندگی ارزش‌مدار.
ششم	دریافت پس‌خوراند از جلسه قبل، مرور تکلیف خانگی، آموزش و تمرین فن حلقه کلامی، آموزش و تمرین فن کودک متمرکز، ارزیابی اهداف و اعمال، تصریح ارزش‌ها، اهداف و اعمال و موانع آنها.
هفتم	دریافت پس‌خوراند جلسه قبل، مرور تکلیف خانگی، آموزش و تمرین روش تصویرسازی ابرها، آموزش و تمرین روش تمثیل ایستگاه قطار
هشتم	دریافت پس‌خوراند جلسه قبل، مرور تکالیف خانوادگی، بررسی مجدد ارزش‌ها، اهداف، اعمال، آشنایی و مشارکت با اشتیاق و تعهد.

و استنباطی (تحلیل کواریانس) استفاده شد و داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS تحلیل شد.

یافته‌ها

قبل از انجام تحلیل کواریانس مفروضه‌های اساسی آن شامل نرمال بودن، همگنی واریانس‌ها، و همگنی ضرایب رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت. در اینجا برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شده‌است که نتایج آن در جدول زیر گزارش شده است.

روش اجرا: بعد از کسب مجوزهای لازم و رضایت کتبی از افراد نمونه، برنامه مداخله برای گروه‌های آزمایش اجرا شد و در پایان گروه‌های آزمایش و گواه، مجدداً پرسشنامه افسردگی بک را تکمیل کردند. لازم به ذکر است تقریباً تمامی کدهای اخلاقی مطرح شده توسط انجمن روان‌شناسی آمریکا مانند جلب رضایت کتبی افراد نمونه، محرمانه ماندن اطلاعات به دست آمده، و ترک جلسه در هر مرحله‌ای از مداخله، در این پژوهش رعایت شده است. برای تجربه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (درصد، میانگین و انحراف استاندارد)

جدول ۴: نتیجه آزمون شاپیرو-ویلک

شاپیرو-ویلک			گروه	
سطح معناداری	درجه آزادی	آماره		
۰/۲۴۸	۱۵	۰/۹۲۷	تعهد و پذیرش	۴ آزمون
۰/۵۹۴	۱۴	۰/۹۵۲	ذهن آگاهی	
۰/۲۰۷	۱۵	۰/۹۲۲	تعهد و پذیرش و ذهن آگاهی	
۰/۱۲۳	۱۵	۰/۸۹۶	کنترل	
۰/۵	۱۵	۰/۹۴۸	تعهد و پذیرش	۳ آزمون
۰/۴۵۲	۱۴	۰/۹۴۳	ذهن آگاهی	
۰/۵۹۴	۱۵	۰/۹۵۴	تعهد و پذیرش و ذهن آگاهی	
۰/۳۰۱	۱۵	۰/۹۳۳	کنترل	

مفروضه همگنی شیب رگرسیون از آزمون F استفاده شد. با توجه به اینکه بین شیب رگرسیون در گروه‌های مختلف تفاوت معنادار وجود نداشت ($F(3,51) = 0.807, p > 0.05$) مفروضه همگنی شیب رگرسیون نیز برقرار است. با توجه به این که مفروضه‌های تحلیل کوواریانس برقرار است، امکان انجام تحلیل کوواریانس وجود دارد.

با توجه به جدول ۴، سطح معناداری همه گروه‌ها بیشتر از ۰/۰۵ است؛ به این معنا که توزیع متغیر افسردگی در همه گروه‌ها با توزیع نرمال، تفاوت معناداری وجود ندارد. جهت بررسی یکسان بودن واریانس‌های دو گروه (آزمایش و گواه) در این اندازه‌گیری از آزمون لوین استفاده شد که نتایج این آزمون برقراری مفروضه همگنی واریانس‌ها را مورد تأیید قرار داد ($F(3,55) = 0.68, p > 0.05$). همچنین به منظور بررسی

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای دو گروه آزمایش و گواه

منابع تغییر شاخص	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	اندازه اثر	سطح معناداری
پیش آزمون	۴۱۳۱/۳۹	۱	۴۱۳۱/۳۹	۸۹/۳۱	۰/۶۲۳	۰/۰۰۰۱
تفاوت گروه‌ها در پس آزمون	۳۶۶۸/۲۱	۳	۱۲۲۲/۷۴	۲۶/۴۳	۰/۵۹۵	۰/۰۰۰۱
خطا	۲۴۹۷/۹۲	۵۴	۴۶/۲۶			
کل	۱۰۲۷۹/۲۲	۵۸				

وجود دارد. اندازه اثر ۰/۵۹۵ حاکی از آن است که این تفاوت در جامعه بزرگ است. برای مشخص کردن اینکه بین کدام گروه‌ها، تفاوت وجود دارد از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.

با توجه به جدول ۵، آماره F افسردگی در پس آزمون (۲۶/۴۳) است که در سطح ۰/۰۰۰۱ معنادار است و این نشان می‌دهد که حداقل بین دو گروه از ۴ گروه درمانی (تعهد و پذیرش، ذهن آگاهی، ترکیبی، و گواه) تفاوت معنادار

جدول ۶: نتایج آزمون LSD (متغیر افسردگی)

سطح معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	گروه دوم	گروه اول
۰/۰۰۱	۴/۰۱	۱۳/۴۷	پذیرش و تعهد	
۰/۰۰۱	۴/۰۸	۱۴/۰۸	ذهن آگاهی	گروه
۰/۰۰۰۱	۴/۰۱	۲۱/۶۷	ترکیبی	
۰/۸۸۲	۴/۰۸	۰/۶۱	ذهن آگاهی	
۰/۰۴۶	۴/۰۱	۸/۲	ترکیبی	پذیرش و تعهد
۰/۰۶۸	۴/۰۸	۷/۵۹	ترکیبی	ذهن آگاهی

اثر معنی‌دار داشته است ($P < 0/05$)، اما درمان ترکیبی به طور معناداری مؤثرتر از درمان ذهن آگاهی و تعهد و پذیرش ($P < 0/05$) است. مطالعات متعددی درباره مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن، تعهد مبتنی بر پذیرش، و ترکیبی در درمان افراد مبتلا به افسردگی انجام شده‌اند. در پژوهش‌های مذکور نشان داده شده است که در افراد مبتلا به اختلال افسردگی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان تعهد مبتنی بر پذیرش، و درمان ترکیبی، منجر به بهبودی اختلال افسردگی شده است. نتایج مربوط به اثربخش بودن درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی در پژوهش حاضر با نتایج پژوهش ستارپور، احمدی، صادق‌زاده (۱۱)، محمدی، دریکوند، عزیزی (۱۲)، زرنقاش و همکاران (۱۵)، ایوانز، فراندو، فیندلر، استول، اسمارت و هاجلین (۱۶)، سگال، ویلیمز، تیزدل (۱۸)، و گلدفرین و هرینگ (۱۹) همسو است. آموزش ذهن آگاهی باعث بهبود کیفیت زندگی و کاهش افسردگی می‌شود (۱۳). این شیوه می‌تواند از عود افسردگی و اضطراب پیشگیری کند (۱۳)؛ بنابراین آموزش ذهن آگاهی به افراد می‌آموزد چگونه مهارت‌های عاداتی (واقع در موتور مرکزی) را از حالت نیرومندی خارج و منابع پردازش اطلاعات را به طرف اهداف خنثی مانند تنفس یا حس لحظه متوجه کرده و شرایط را برای تغییر آماده کنند. در نتیجه به کار گرفتن مجدد توجه به این شیوه، از افزایش یا ماندگاری افسردگی جلوگیری می‌کند و چرخه‌های پردازش معیوب، کمتر در دسترس قرار می‌گیرند و شانس گسترش یا سماجت افسردگی کاهش می‌یابد (۱۷).

با توجه به جدول ۶ تفاوت میانگین گروه کنترل با هر سه گروه پذیرش و تعهد (۱۳/۴۷)، ذهن آگاهی (۱۴/۰۸)، و ترکیبی (۲۱/۶۷) در سطح ۰/۰۰۰۱ معنادار شده است؛ به این معنا که هر یک از سه روش درمانی به کار رفته بر بهبود افسردگی، اثرگذار بوده است. همچنین تفاوت میانگین بین گروه تعهد و پذیرش با گروه ترکیبی (۸/۲) در سطح ۰/۰۰۰۵ معنادار است که با توجه به میانگین نمرات هر یک از این گروه‌ها در پس آزمون، چنین استنباط می‌شود که تأثیر روش ترکیبی بر بهبود افسردگی، بیشتر بوده است. نتایج همچنین نشان داد تفاوت میانگین بین دو گروه پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی (۰/۶۱) و ذهن آگاهی و ترکیبی (۷/۵۹) در سطح ۰/۰۰۰۵ غیر معنادار است، بنابراین تأثیر این روش‌ها بر آزمودنی‌ها یکسان بوده است. با توجه به این یافته می‌توان گفت که هر سه روش درمانی تعهد و پذیرش، ذهن آگاهی، و ترکیبی باعث کاهش و درمان افسردگی مؤثر، و روش ترکیبی مؤثرتر از به کارگیری هر یک از این شیوه‌ها به تنهایی است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان تعهد مبتنی بر پذیرش، و درمان ترکیبی بر افسردگی انجام شد. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که بین سه گروه در نمرات پس آزمون افسردگی، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/05$). یافته‌های این مطالعه نشان داد که مداخله مبتنی بر درمان درمان ذهن آگاهی، تعهد و پذیرش، و ترکیبی در کاهش افسردگی،

از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام، یا در حقیقت به فرد تحمیل شود. مزیت عمده این روش نسبت به روان درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی، به جهت تأثیر و تدوام بیشتر اثربخشی درمان است (۳۳). غلامحسینی، خدابخشی کولایی و تقوایی (۳۴) در پژوهشی، اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود افسردگی و تصویر بدنی زنان مبتلا به چاقی را بررسی کرده است. نتایج پژوهش بیانگر تأثیر روش درمانی تعهد مبتنی بر پذیرش در کاهش افسردگی و افزایش ادراک مطلوب از تصویر بدنی بود. یاداویا، هیز و ویلدراگا (۳۵) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که درمان پذیرش و تعهد بر پریشانی روانی، اضطراب، افسردگی، و تنیدگیف مؤثر است.

پتر، دوناز، جوینر (۳۶) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در نشانه‌های افسردگی در نوجوانان پرداختند. نتایج نشان داده است که تعهد مبتنی بر پذیرش موجب کاهش نشانه‌های اختلالات افسردگی شده است. همچنین بر اساس پژوهش پوتر و همکاران (۳۷)، درمان تعهد مبتنی بر پذیرش موجب کاهش نشانه‌های اختلالات افسردگی شده است. فلیدپیروس و همکاران (۳۸) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که انعطاف‌پذیری در طول مداخله موجب کاهش علایم افسردگی و اضطراب می‌شود.

در مجموع نتایج این پژوهش نشان داده است که درمان ترکیبی مؤثرتر از درمان ذهن آگاهی و تعهد و پذیرش بر متغیرهای وابسته بوده است. از آنجایی که درمان ذهن آگاهی و تعهد و پذیرش در مؤلفه‌های زیادی از جمله آگاهی از افکار، احساسات و رفتار خود، پذیرش، عدم اجتناب، عدم همجویشی، و تمیز فکر از واقعیت، اشتراک دارند، این حسطه‌های مشترک احتمالاً باعث شده که هر سه درمان، مؤثر؛ درمان ترکیبی، مؤثرتر؛ و بین دو درمان ذهن آگاهی و تعهد و پذیرش، تفاوتی وجود نداشته باشد. از آنجایی که دو درمان ذهن آگاهی و تعهد و پذیرش با فرهنگ شرقی مثل آیین بودا

شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، نوید تازه‌ای در تبیین روی آورد درمان شناختی رفتاری است. آموزش ذهن آگاهی مستلزم یادگیری فراشناختی و راهبردهای رفتاری جدید برای متمرکز شدن روی توجه، جلوگیری از نشخوارهای فکری، و گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده است و باعث گسترش افکار جدید و کاهش هیجانات ناخوشایند است. در واقع به نظر می‌رسد تمرین‌های ذهن آگاهی افراد نسبت به لحظه حال، از طریق فونونی مثل توجه به تنفس و بدن، و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات اثر دارد. با روش ذهن آگاهی، افکار فرد به عنوان حوادث ذهنی تجربه شده و از تمرکز و توجه روی تنفس به عنوان ابزاری برای زندگی در زمان حال استفاده می‌شود. با این روش بیماران آموزش می‌بینند تا چرخه نشخوار فکری را متوقف کرده و از افکار منفی خود فاصله گیرند. آموزش انعطاف‌پذیری روی توجه، غنی‌سازی ذهنی، توقف نشخوار فکری، اصلاح باورهای مثبت و منفی غلط، و همچنین چالش با باورهای منفی مربوط به هیجانات، باعث کاهش افسردگی و نشخوار فکری می‌شود (۱۸). نتایج مربوط به اثربخش بودن درمان تعهد مبتنی بر پذیرش بر افسردگی در پژوهش حاضر با نتایج پژوهش رودیتی و روینسون (۲۲)، فولک و همکاران (۳۰)، حر و همکاران (۳۱)، لنگ و هیز (۲۹)، همسواست.

امروزه با نسل سوم این درمان‌ها مواجه هستیم که آنها را می‌توان تحت عنوان کلی مدل‌های مبتنی بر پذیرش نامید؛ مانند درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان فراشناختی، و درمان پذیرش و تعهد. در این درمان‌ها به جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. یکی از این درمان‌ها که اخیراً در مرکز توجه جدی پژوهشگران قرار گرفته است، درمان پذیرش و تعهد است. هدف اصلی درمان تعهد و پذیرش، ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب

مرحله پیگیری به علت کمبود وقت و عدم استفاده از نمونه گیری کاملاً تصادفی در همه مراحل انتخاب نمونه. همچنین در این پژوهش، روش جمع آوری داده‌ها به وسیله پرسشنامه خود گزارشی انجام شده است که احتمال سوگیری آزمودنی‌ها در این روش وجود دارد. در مجموع با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های مشابه به نظر می‌رسد درمان ذهن آگاهی و مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی مؤثرند؛ بنابراین استفاده از این روش در درمان این اختلال به متخصصان و درمانگران پیشنهاد می‌شود. همچنین پیشنهاد می‌شود مشاوران و روان‌شناسان برای درمان اختلالات روانی مانند افسردگی و وسواس، اضطراب، و ... از ترکیب درمان تعهد مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی استفاده کنند.

تشکر و قدردانی: این مقاله برگرفته از رساله دکترای نویسنده اول با کد ۱۰۶۲۰۷۰۵۹۶۱۰۲۶ در تاریخ ۱۳۹۶/۱۱/۱۸ است. بدین ترتیب از تمامی شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر و دست‌اندرکاران مراکز درمانی، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع: نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافع در مورد این مقاله وجود ندارد و یافته‌ها به صورت کاملاً شفاف گزارش شده است.

پیوند خورده است و با فرهنگ معنوی و مذهبی ایران رابطه عمیقی دارد که باورهای معنوی را به عنوان یک سازه یا روان‌بنا شناختی مفهوم‌سازی می‌کنند که به کاهش اختلاف بین اهداف موجود و اهداف آرزومندان کمک می‌کند. پذیرش یکی از اصول زیربنایی ذهن آگاهی و تعهد پذیرش محسوب می‌شود. همان طور که می‌دانیم اسلام از ریشه «سلم» و به معنای تسلیم شدن است؛ تسلیم در برابر رضای خداوند و پذیرش تقدیر. یکی دیگر از اصول ذهن آگاهی و تعهد پذیرش، کیفیت‌بخشی به آگاهی درونی است که از طریق آموزش حضور ذهن انجام می‌گیرد. در اسلام علاوه بر توجه به خودشناسی که آن را مقدمه ای بر خداشناسی می‌داند و همچنین شناخت خود را سودمندترین معارف محسوب می‌کند، به حضور «قلب» نیز در انجام کارها تأکید فراوانی شده است. وجه مشترک دیگری که در ذهن آگاهی و تعهد پذیرش و مبانی دین اسلام وجود دارد این است که در ذهن آگاهی و تعهد پذیرش برای ایجاد آرامش درونی و تمرکز از نوعی «ورد» یا «مانترا» استفاده می‌شود. در اسلام استفاده از «اذکار» و «ادعیه» برای آرامش درون و پیوند با خداوند توصیه شده است.

این پژوهش با محدودیت‌های مواجهه بوده است که باید در تعمیم نتایج، با احتیاط عمل کرد؛ از جمله عدم استفاده از

References

1. Saduk BJ, Sadook VA, Roeze P. Summary of psychiatry: behavioral sciences? Clinical psychiatry. Rezaei F. (Persian translator). Tehran: Arjmand; 2015, pp: 87-145. [Persian]. [\[Link\]](#)
2. World Health Organization. Mental health: new understanding, new hope. The World Health Report 2001 [Internet]. 2001 [cited 2018 Nov 20]; Available from: [\[Link\]](#)
3. Hanasab zadeh Esfahani M, Yekeh Yazdan Doost R, Gharayi B, Nejade Farid AA. Preliminary study of applicability of mindfulness based cognitive therapy protocol for depressed patients with suicidal thought: A case study. Journal of Clinical Psychology. 2009; 1(1): 35-45. [Persian]. [\[Link\]](#)
4. Golpour chamarkohi R, Mohammadamini Z. The efficacy of mindfulness based stress reduction on mindfulness and assertiveness of students with test anxiety. Journal of School Psychology. 2012; 1(3): 82-100. [Persian]. [\[Link\]](#)
5. Mars TS, Abbey H. Mindfulness meditation practise as a healthcare intervention: A systematic review. Int J Osteopath Med. 2010; 13(2): 56-66. [\[Link\]](#)
6. Goldin PR, Gross JJ. Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. 2010; 10(1): 83-91. [\[Link\]](#)
7. Abdolghadery M, Kafee M, Saberi A, Aryapouran S. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (mbct) and cognitive behavior therapy (CBT) on decreasing pain, depression and anxiety of patients with chronic low back pain. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2014; 21(6): 795-807. [Persian]. [\[Link\]](#)
8. Narimani M, Ariapooran S, Abolghasemi A, Ahadi B. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and emotion regulation training in the affect and mood of chemical weapons victims. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2012; 15(2): 107-118. [\[Link\]](#)
9. Kabat-Zinn J. Mindfulness-Based interventions in context: past, present, and future. Clinical Psychology: Science and Practice. 2003; 10(2): 144-156. [\[Link\]](#)
10. Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. Clinical Psychology: Science and Practice. 2003; 10(2):125-143. [\[Link\]](#)
11. Sattarpour F, Ahmadi E, Sadegzadeh S. Effect of mindfulness training on reduction of depressive symptoms among students. Journal of Gorgan University of Medical Sciences. 2015; 17(3): 81-87. [Persian]. [\[Link\]](#)
12. Mohamadi J, Mir Drikvand F, Azizi A. Efficacy of mindfulness on anxiety and depression in patients with irritable bowel syndrome. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2015; 25(130): 52-61. [Persian]. [\[Link\]](#)
13. Kaviani H, Javaheri F, Bahiray H. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in reducing automatic thoughts, dysfunctional attitude, depression and anxiety: a sixty-day follow-up. Journal of Advances in Cognitive Science. 2005; 7(1): 49-59. [Persian]. [\[Link\]](#)
14. Kaviani H, Hatami N, Shafieabadi AE. The impact of mindfulness-based cognitive therapy on the quality of life in non-clinically depressed people. Journal of Advances in Cognitive Science. 2009; 10(4): 39-48. [Persian]. [\[Link\]](#)
15. Zarnaghash M, Mehrabi M, Bashlideh K, Davoodi I, Marashi SA. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on quality of life and resiliency of veterans spouses in Ahvaz. Psychological methods and models. 2016; 7(23): 83-99. [Persian]. [\[Link\]](#)
16. Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. J Anxiety Disord. 2008; 22(4): 716-721. [\[Link\]](#)
17. Zemestani M, Babamiri M, Sepyani A. On the effectiveness of mindfulness-based relapse prevention in substance abuse and the severity of comorbidity of depression and anxiety symptoms in the addicts of therapeutic community centers. Research on Addiction. 2016; 10(39): 179-194. [Persian]. [\[Link\]](#)
18. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-Based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse. First edition. New York: The Guilford Press; 2001. [\[Link\]](#)

19. Godfrin KA, van Heeringen C. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behav Res Ther.* 2010; 48(8): 738–746. [\[Link\]](#)
20. McCracken LM, Vowles KE. Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: model, process, and progress. *Am Psychol.* 2014; 69(2): 178–187. [\[Link\]](#)
21. Izadi R, Abedi MR. Acceptance and commitment therapy. Third edition. Tehran: Jungle; 2018, pp: 9-33.
22. Roditi D, Robinson ME. The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychol Res Behav Manag.* 2011; 4: 41-49. [\[Link\]](#)
23. 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. [\[Link\]](#)
24. Larmar S, Wiatrowski S, Lewis-Driver S. Acceptance & commitment therapy: an overview of techniques and applications. *Journal of Service Science and Management.* 2014; 7(3): 216–221. [\[Link\]](#)
25. Bastami M, Goodarzi N, Douran B, Dabaghi P, Bastian M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) to increase their quality of life of military personnel with type 2 diabetes mellitus. *Nurse and Physician Within War.* 2016; 4(12): 119–126. [Persian]. [\[Link\]](#)
26. Cheraghian H, Heidari N, Ghedami SA, Zarei BH. Efficacy of acceptance and commitment therapy on depressed pregnant women. *Community Health Journal.* 2017; 9(2): 56–64. [Persian]. [\[Link\]](#)
27. 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. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences.* 2014; 14(4): 412-423. [Persian]. [\[Link\]](#)
28. Dehghani y, The Effect of Based acceptance and commitment group therapy on the rate of depression and quality of life in dialysis women. *Journal of Clinical Psychology.* 2016; 10 (1):21-28 [Persian]. [\[Link\]](#)
29. Long DM, Hayes SC. Acceptance, mindfulness, and cognitive reappraisal as longitudinal predictors of depression and quality of life in educators. *J contextual behav sci.* 2014; 3(1): 38-44. [\[Link\]](#)
30. Folke F, Parling T, Melin L. Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. *Cogn Behav Pract.* 2012; 19(4): 583-594. [\[Link\]](#)
31. Hor M, Aghaei A, Abedi A, Attari A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression in patients with type 2 diabetes. *Journal of Research in Behavioural Sciences.* 2013; 11(2): 121-128. [Persian]. [\[Link\]](#)
32. Zettle RD. Acceptance and commitment therapy for depression. *Curr Opin Psychol.* 2015; 2: 65–69. [\[Link\]](#)
33. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther.* 2013; 44(2): 180–198. [\[Link\]](#)
34. Gholamhoseini B, Khodabakhshi Koolae A, Taghvaei D. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on depression and body image in women with obesity. *Community Health (Salāmat-i ijtimāi).* 2015; 2(2): 72–79. [Persian]. [\[Link\]](#)
35. Yadavaia JE, Hayes SC, Vilardaga R. Using acceptance and commitment therapy to increase self-compassion: a randomized controlled trial. *J Contextual Behav Sci.* 2014; 3(4): 248–257. [\[Link\]](#)
36. Petts RA, Duenas JA, Gaynor ST. Acceptance and commitment therapy for adolescent depression: application with a diverse and predominantly socioeconomically disadvantaged sample. *J Contextual Behav Sci.* 2017; 6(2): 134–144. [\[Link\]](#)
37. Pots WTM, Fledderus M, Meulenbeek PAM, ten Klooster PM, Schreurs KMG, Bohlmeijer ET. Acceptance and commitment therapy as a web-based intervention for depressive symptoms: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2016; 208(1): 69–77. [\[Link\]](#)
38. Fledderus M, Bohlmeijer ET, Fox J-P, Schreurs KMG, Spinhoven P. The role of psychological flexibility in a self-help acceptance and commitment therapy intervention for psychological distress in a randomized controlled trial. *Behav Res Ther.* 2013; 51(3): 142–151. [\[Link\]](#)

39. 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 of Clinical Psychology*.2014.1 (21); 29-39. [Persian]. [[Link](#)]
40. Walser RD, Garvert DW, Karlin BE, Trockel M, Ryu DM, Taylor CB. Effectiveness of acceptance and commitment therapy in treating depression and suicidal ideation in veterans. *Behav Res Ther*. 2015; 74: 25–31. [[Link](#)]
41. Moayed Ghaedi T, Ghorban Shiroodi S. The efficacy of group hope therapy on depression, loneliness, and self-efficacy in female students. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2016; 3(2): 65-75. [Persian]. [[Link](#)]
42. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2000; 68(4): 615–623. [[Link](#)]

Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy, Mindfulness Training, and Combined Method (Mindfulness-Based and Acceptance and Commitment) on Depression

Zolfaghar Abyar¹, Behnam Makvandi*², Saeed Bakhtyarpour², Farah Naderi³, Fariba Hafezi²

1. Ph.D. Student of General Psychology, Faculty of Humanity Sciences, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran
2. Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanity Sciences, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran
3. Associate Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanity Sciences, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

Received: January 24, 2018

Accepted: August 7, 2018

Abstract

Background and Purpose: By 2020, depression will have been the second disease after cardiovascular diseases that will threaten humans' health and life throughout the world. The study was conducted to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT), mindfulness-based therapy (MBT), and a combination of ACT and MBT on depression.

Method: The study was quasi-experimental with pretest and posttest and control group. The population was all patients with depression, average age of 14, admitted to Yasouj Counseling Centers in 2016-2017. A sample of 60 patients with depression was selected using convenient sampling method and was randomly assigned into three experimental and one control groups. The experimental groups received 8 sessions of therapy and the control group received no intervention. Beck Depression Inventory (1997) was used to collect data.

Results: The results of multivariate analysis of covariance showed a significant difference in the posttest scores of depression among the four group ($P < 0.05$, $F = 26.43$, $df = 3$). The results also showed that MBT, ACT, and combined therapy had significant effects on depression, but the combined therapy was significantly more effective than MBT and ACT ($P < 0.05$, $df = 3$). However, the difference between MBT and ACT groups was not significant ($P > 0.05$, $df = 3$). Hence, the effect of these methods on the subjects was similar.

Conclusion: Based on the results of this study, it can be concluded that combining the MBT and ACT is more effective than using each of these methods alone.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, mindfulness-based cognitive therapy, depression

Citation: Abyar Z, Makvandi B, Bakhtyarpour S, Naderi F, Hafezi F. Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy, mindfulness training, and combined method (mindfulness-based and acceptance and commitment) on depression. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2018; 5(4): 27-38.

*Corresponding author: Behnam Makvandi, Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanity Sciences, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
Email: Makvandi_b@yahoo.com Tel: (+98) 061-33348420