

## مقایسه اثر بخشی سه روش داروهای SSRI، شناخت درمانی و EMDR درمانی بر کاهش افسردگی کارکنان حفاری جنوب-۱۳۹۵

مصطفی نظرزاده<sup>۱</sup>، زهرا قربانی<sup>۲</sup>، باقر انوری پور<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد شیمی فرآیندها دانشگاه آزاد ماهشهر

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد روانشناسی عمومی موسسه درمانی کوثر.

<sup>۳</sup> دکتری مهندسی شیمی استادیار گروه مهندسی ایمنی و بازرسی دانشگاه نفت آبادان.

نام نویسنده مسئول:

مصطفی نظرزاده

### چکیده

**مقدمه و هدف:** با توجه به این که درمان های دارویی و روان درمانی برای اختلال افسردگی صرفاً علامت محور می باشد لذا این مطالعه با هدف مقایسه سه روش داروهای SSRI، شناخت درمانی و EMDR درمانی به منظور کاهش افسردگی کارکنان حفاری جنوب انجام شده است .

**روش کار:** در یک طرح آزمایشی از بین تمامی کارکنان حفاری جنوب تحت پوشش وزارت نفت -خوزستان نمونه ای به حجم ۶۰ نفر انتخاب و به طور تصادفی در چهار گروه داروهای SSRI ، شناخت درمانی و EMDR درمانی و گواه قرار گرفتند گروه داروهای SSRI، داروهای ضد افسردگی مهارکننده بازجذب سروتونین (مانند: فلوکستین، فلووکسامین و سرتالین) یا ترکیب دارویی مانند لیتیم با دوز مؤثر دریافت کردند و گروه های درمان EMDR درمانی و شناخت درمانی در ۸ جلسه ساختار یافته ۱/۵ ساعته هر هفته یک بار به مدت ۲ ماه شرکت کردند ولی گروه گواه هیچ درمانی را دریافت نکرد ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش پرسشنامه افسردگی بک بود . تجزیه و تحلیل داده ها به کمک تحلیل کوواریانس انجام شد

**نتایج:** نتایج نشان داد که پس از تعدیل نمرات پیش آزمون بین میانگین چهار گروه در پس آزمون تفاوت معناداری وجود داشت ( $F(3,55)=12/590, p=0/..1$ ). همچنین بررسی میانگین های تعدیل شده نشان از برتری روش EMDR درمانی نسبت به داروهای SSRI و شناخت درمانی دارد و دو روش داروهای SSRI و شناخت درمانی اثری برابر در کاهش افسردگی داشتند و نشانه های سه گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه، در پس آزمون کاهش بیشتری را نشان داد .

**نتیجه نهایی:** نتایج پژوهش نشان داد که داروهای SSRI، شناخت درمانی و EMDR درمانی در کاهش افسردگی کارکنان حفاری جنوب مؤثر است.

**واژگان کلیدی:** افسردگی / کارکنان حفاری جنوب / EMDR درمانی / داروهای SSRI / شناخت درمانی

## مقدمه

افسردگی اساسی امروزه علت اصلی ناتوانی در سراسر دنیا محسوب می شود و رتبه چهارم را در میان ده علت اصلی بار جهانی بیماری ها به خود اختصاص می دهد و پیش بینی میشود تا سال ۲۰۲۰ به دومین علت بار بیماری در جهان تبدیل گردد. (۱) (افسردگی شایعترین اختلال روانی است که بر اساس برآورد سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۲۰، پس از بیماری های قلبی و عروقی، دومین بیماری تهدید کننده سلامت و حیاط انسان در سراسر جهان خواهد بود. [اماری و لویز، نقل از 2]. افسردگی بالینی یک اختلال ناتوان کننده با شیوع بالای ۱۲/۵ درصدی برای مردان و ۲۱ درصدی برای زنان در طول عمر می باشد(۳).

افسردگی همواره هزینه های اقتصادی، فرهنگی، بهداشتی و اجتماعی بسیاری را برای مبتلایان، خانواده های آنها و اجتماع به همراه داشته است. اختلال افسردگی به گونه ای روزافزون در حال گسترش است و این واقعیت که افسردگی غالباً وضعیت مزمن و فراگیری دارد و حیات روانی فرد را در برمیگیرد نکته بسیار مهمی است(۴).

در طول ۴۰ سال گذشته حداقل دو جهش اساسی در نظریه و درمان افسردگی وجود داشته است. یکی استفاده از داروها برای تسکین علائم افسردگی بوده، و دیگری رفتار درمانی شناختی بوده است .

رایجترین درمان برای افسردگی اساسی داروهای ضدافسردگی است این دسته از داروها نسبتاً ارزان هستند. با این وجود افسردگی تمایل به بازگشت دارد و بین نصف تا سه چهارم افسرده ها در فاصله زمانی دو سال پس از بهبودی، دوباره با دوره دیگری از افسردگی روبه رو شده اند. راهبرد عمده کنونی برای جلوگیری از بازگشت این اختلال ادامه دادن درمان دارویی است(۵). شناخت درمانی که آرون بک پدید آورنده آن است بر دگرگونیهای شناختی که فرض می شود در شکل گیری اختلال افسردگی نقش داشته باشد، متمرکز است. هدف شناخت درمانی رفع دوره های افسردگی و پیشگیری از عود آنها از طریق شناسایی شناختهای منفی، ایجاد روشهای اندیشیدن متفاوت و انعطاف پذیر و مثبت و تمرین پاسخهای شناختی و رفتاری است(۶).

بر اساس نظریه شناختی بک برای ایجاد افسردگی آسیب پذیری شناختی بر استرس، راه انداز افسردگی مقدم است. آسیب پذیری دربرگیرنده ساختارهای بادوامی هستند که به طحواره ها و باورهای افسردگی زا بر می گردند(۷). تحقیقات مختلف حاکی از کاهش نشانه های مولد افسردگی، نگرش های ناکارآمد و افکار خودآیند منفی در طی دوره استفاده از درمان شناختی می باشند (۸-۱). در مدل شناختی افسردگی، محرک خلق افسرده، رویدادهای منفی و پر استرس زندگی است. رویدادهای پر استرس بخش عمده زندگی کارکنان حفاری جنوب را تشکیل می دهند. دوری از خانواده، تبعات آن و درگیر بودن همیشگی با هر یک این مشکلات، طیفی از استرس را برای این افراد در پی دارد، اما همان طور که اشاره شد آسیب پذیری شناختی مقدم بر رویداد استرس زای راه انداز افسردگی(در اینجا فقدان خانواده کارمند حفاری) می باشد چرا که بسیاری از این عزیزان علیرغم داشتن مشکلات استرس زا مبتلا به افسردگی نمی شوند بنابراین بر اساس تحقیقات صورت گرفته درمان شناختی می تواند نقش بسزایی در بهبود علائم کارکنان حفاری جنوب داشته باشد .

در ایران نیز روش های مختلفی جهت درمان افسردگی به کار برده میشود(۱۲،۱۳). نتایج پژوهشی نشان داد که شناخت درمانی به طور معناداری در کاهش میزان افسردگی بیماران مبتلا به HIV مثبت مؤثر است(۱۴).

روش درمان EMDR - در سالهای اخیر به عنوان یکی از روشهای تأثیر گذار و مؤثر در کاهش افسردگی افراد مطرح است. این روش توسط لانگ (۱۹۷۷) و باور (۱۹۸۱) مطرح شده است و بر مدل پردازش اطلاعات مبتنی است(۱۵). درمان حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم(EMDR) و پردازش مجدد یک روش درمانی جدید است که در برگزیده عناصری از مواجهه درمانی و درمان رفتاری شناختی است که با فنون حرکات چشم، ضربات دست و تحریک شنوایی ترکیب شده است. این روش درمانی، دستیابی و پردازش مجدد خاطرات تروماتیک را در یک سبک سازگار تسریع می کند و با پردازش طبیعی اطلاعات هیجانی به مغز کمک می کند تا ترومای گذشته از سیستم اعصاب درمانجوها رها شود(۱۵).

شواهد متعددی مبنی بر موفقیت درمان به شیوه حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و بازپردازش در کاهش افسردگی گزارش شده است(۲۰-۱۶)

افسردگی در میان گروههای مختلف مردم به عنوان یکی از شایعترین اختلالات روانی به شمار می رود. کارکنان حفاری جنوب نیز به عنوان گروههایی که در اثر دوری از شهر و خانواده دچار مشکلات روانی شده اند، با این اختلال درگیر هستند بدون تردید شناسایی راه حل های مفید و اثربخش که بتواند در کاهش میزان افسردگی کارکنان حفاری جنوب تأثیر داشته باشند اهمیت زیادی دارد .

از آنجا که یافتن شیوه های درمان کوتاه مدت کارا و مؤثر از جمله ضرورتهای پژوهش میباشد و شیوه های درمانی EMDR و شناخت درمانی گروهی نیز جزء درمانهای کوتاه مدت به شمار میآیند، و از آنجایی که طبق اطلاعات پژوهشگر مطالعات

کمی جهت مقایسه اثربخشی این دو روش در کاهش علائم افسردگی صورت گرفته است، اکثر مطالعات نشان داده اند شناخت درمانی از نظر تأثیر با داروهای SSRI برابر است با اثرات جانبی کمتری نسبت به داروهای SSRI همراه است و ضمناً پیگیری آن نیز بهتر انجام میگردد. معیناً اکثر مطالعات از این نظر که داروی ضدافسردگی برای مدتی کوتاه و با دوز پایین مصرف شده اند قابل ایرادگیری هستند (۶). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال 2001، اهداف درمان در بیماری افسردگی عبارتند از: کاهش علائم، جلوگیری از عود و نهایتاً فروکش کردن کامل بیماری است. امروزه برای بسیاری از بیماران، خط اول درمان ضد افسردگی، روان درمانی یا ترکیبی از این دو را شامل می شود (۱).

دایسون در یک گزارش تحلیلی مطرح ساخت که شناخت درمانی مؤثرتر از دو وضعیت عدم درمان و درمان غیراختصاصی است و دست کم اثر همسان با مداخله های دارویی و روانشناختی در درمان افسردگی یک قطبی دارد. افزون بر این و مطالعات پیگیری شده بعدی گویای آن است که شناخت درمانی خطر ابتلا در آینده، و پس از پایان درمان را میکاهد. این مطالعات نشان دادند پاسخ دهندگان به داروهای SSRI نسبت به پاسخ دهندگان به شناخت درمانی، پس از تکمیل دوره درمانی به احتمال دو برابر در معرض عود مجدد قرار دارند (۲۱، ۲۲). در مورد اثربخشی مداخلات درمانی برای افسردگی نتایج پژوهش های انجام شده توسط ماینورس و همکاران و شوبرگ و دیگران نشان داده است که درصد فروکش کردن بیماری پس از ۳-۸ ماه یا داروهای ضدافسردگی سه حلقوی ۵۲-۴۸ درصد و روان درمانی (شناختی یا بین فردی) ۶۰-۴۸ درصد بوده است (۲۳، ۲۴). بنابراین در این پژوهش محقق در نظر دارد، تا مشخص نماید آیا سه روش دارو درمانی، روش درمانی EMDR و شناخت درمانی گروهی بر کاهش افسردگی کارکنان حفاری جنوب مؤثر است.

**روش کار:** این پژوهش به شیوه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل انجام شده است جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی کارکنان حفاری جنوب حت پوشش وزارت نفت در سال ۱۳۹۵ است. نمونه گیری به روش هدفمند و از بین ۲۴۵ نفر از کارکنان که در مرکز مشاوره منطقه جنوب دارای پرونده افسردگی بود دعوت به عمل آمد تا برای شرکت در این تحقیق به مرکز مراجعه نمایند. از بین ۹۹ کارمند که بنا به دعوت محققان به مرکز مشاوره مراجعه کردند تعداد ۶۰ نفر که حاضر به همکاری و شرکت در جلسات آموزشی بودند و در متغیرهایی همچون مدت، سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، جنس، طبقه اجتماعی و وضعیت خانوادگی، عدم وجود سابقه مانیا و سایر اختلالات روانی تا زمان مراجعه، دریافت تشخیص افسردگی اساسی توسط پزشک و مصاحبه بالینی بر اساس ملاک های DSM V توسط روانشناس، و نمره افسردگی بالاتر از ۲۰ در مقیاس افسردگی بک انتخاب شدند و در چهارگروه ۱۵ نفری، دارو درمانی SSRI، درمان EMDR، شناخت درمانی و کنترل قرار داده شدند.

گروه ۱: بیمارانی که اقدامات شناخت درمانی برای آنان به اجرا گذاشته شد.

گروه ۲: بیمارانی که تحت درمان دارویی SSRI قرار گرفته اند.

گروه ۳: بیمارانی که اقدامات درمان EMDR برای آنها به اجرا گذاشته شد.

گروه ۴: بیمارانی که هیچ اقدام درمانی برای آنها اجرا نشد

گروه داروهای SSRI (Selective serotonin Reuptake Inhibitor) - فلوکستین، فلووکسامین و سرتالین یا با ترکیب دارویی مانند لیتیم بادوز مؤثر دریافت کردند و گروه های درمان EMDR و شناخت درمانی گروهی در ۸ جلسه ساختار یافته ۱/۵ ساعته هر هفته یک بار به مدت ۲ ماه شرکت کردند ولی گروه گواه هیچ درمانی را دریافت نکرد.

### شرح جلسات روش درمانی EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing)

جلسه اول: معارفه و آشنایی: هدف آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و شناخت اهداف و روشهای آموزشی طی جلسات و مشخص کردن قواعد مانند گوش دادن دقیق، احترام به مراجعان، همدلی مثبت، انعکاس احساس و معنا  
جلسه دوم: آماده سازی اعضای گروه: هدف آشنایی اعضا به شیوه درمان از طریق حساسیت زدایی از طریق باز پردازش حرکات چشم و فواید این شیوه

جلسه سوم: ارزیابی: شناسایی مؤلفه های هدف در فرآیند درمان

جلسه چهارم: حساسیت زدایی، تمرین روش حرکت حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم

جلسه پنجم: کارگماری، جایگزین نمودن به افزایش شناخت واژه های مثبت اعضای گروه

جلسه ششم: بررسی وضعیت پوشش و بدن اعضای گروه که تلفیق واکنش های بدنی توأم با شناخت واژه های مثبت

جلسه هفتم: اختتام و آماده سازی اعضای گروه برای جلسه پایانی و اختتام و ارزیابی

جلسه هشتم: اجرای پس آزمون، تقدیر و تشکر و اهدای هدایا به اعضا

### شرح جلسات شناخت درمانی گروهی

جلسه اول: خوش آمدگویی، مروری بر ساختار جلسات، قوانین و اهمیت انجام دادن آن و مطرح شدن مشکلات و مسائل افراد در رابطه با افسردگی و ارائه اطلاعات به اعضا در مورد افسردگی، تن آرامی و منطق درمان شناختی، اخذ بازخورد

جلسه دوم: اعضا مرحله اول آرام سازی پیش رونده را آموزش دیده و تمرین می کنند. آموزش به اعضا در مورد واقعیت و برداشت ذهنی، آگاهی و تفاوت بین احساس و افکار، ارائه تکلیف، اخذ بازخورد

جلسه سوم: مرور تکالیف، آموزش مرحله دوم آرام سازی پیش رونده و به تفکر واداشتن اعضا با پرسش از آنها که چرا دچار ناراحتی میشویم؟ آموزش به اعضا در مورد پنج خطای شناختی، ارائه تکلیف، اخذ بازخورد.

جلسه چهارم: مرور تکالیف، آموزش مرحله سوم آرام سازی پیش رونده، آموزش پنج خطای شناختی دیگر، ارائه تکلیف، اخذ بازخورد.

جلسه پنجم: مرور تکالیف، آموزش مرحله چهارم آرام سازی پیش رونده، بحث و گفتگو در مورد تجربه هیجانی اخیر و تجسم و ایفای نقش، ارائه تکلیف، اخذ بازخورد.

جلسه ششم: مرور تکالیف، بحث و گفتگو در مورد تجربه هیجانی اخیر و تکنیک های آموخته شده اخیر، آشنا کردن اعضا با شناخت واره های بنیادی، عشق، موفقیت، کمال گرایی، ارائه تکلیف، اخذ بازخورد

جلسه هفتم: مرور تکالیف، بحث در مورد بایدها به عنوان یکی از تکنیک های شناسایی طرح واره های بنیادی، بررسی نقش تحریفات شناختی در ایجاد و تداوم افسردگی، ارائه تکلیف، اخذ بازخورد.

جلسه هشتم: مرور و بررسی تکالیف، جمع بندی از جلسات گذشته توسط اعضا و درمان گر، انجام پس آزمون و اهدای هدیه.

**گروه کنترل** در طی جلساتی که گروه های آزمایش مداخلات را دریافت می کردند هیچ درمانی دریافت نکردند ولی پس از آن که از هر سه گروه پس آزمون به عمل آمد جهت رعایت اصول اخلاقی در پژوهش بر روی این گروه نیز روش درمانی EMDR انجام شد.

**مقیاس افسردگی بک:** این مقیاس بر اساس ملاک های بالینی افسردگی توسط بک در سال ۱۹۶۱ طراحی شده و شامل ۲۱ جمله و هر جمله دارای چهار گزینه است. از ۲۱ ماده، دو ماده به خلق، یازده ماده به مشکلات شناختی، دو ماده به رفتارهای آشکار، پنج ماده به علائم بدنی و یک ماده به روابط بین فردی اشاره دارد. از آزمودنی خواسته میشود گزینه ای را انتخاب کند که با وضعیت خلقی فعلی بیشترین سازگاری را دارد. نمره هر گروه از جملات بین ۰ تا ۳ و مجموع نمرات مقیاس بین ۰ تا ۶۳ قرار میگیرد. مطالعات مربوط به اعتبار و روایی این آزمون رضایت بخش بوده است. به عنوان مثال بک اعتبار این مقیاس را ۰/۹۳ گزارش نمود (۲۵). پور شهباز مقیاس افسردگی بک را در یک نمونه ۱۱۶ نفری مورد بررسی قرار داد. ضریب همبستگی نمرات هر بخش با نمره کل آزمون بین ۰/۲۳ تا ۰/۶۸ و ضریب همسانی درونی آن ۰/۸۵ و اعتبار آزمون از طریق دو نیمه کردن و با استفاده از فرمول تصحیح اسپیرمن-براون، ۰/۸۱ بود (ترقی جاه به نقل از پور شهباز، ۱۳۸۵).

### نتایج

پس از بررسی به عمل آمده چون رابطه خطی و مفروضه برابری خطای واریانس و همگنی شیب خط رگرسیون زیر سوال نرفته، پژوهشگر مجاز به استفاده از تحلیل کوواریانس میباشد.

به منظور تحلیل توصیفی داده ها از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. و در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس و نرم افزار SPSS19 استفاده گردید.

بر اساس نتایج بدست آمده از جدول ۲، برای تحلیل متغیر وابسته افسردگی، در گروه های دارودرمانی، شناخت درمانی و حساسیت زدایی از طریق باز پردازش حرکات چشم و گروه کنترل، پس از تعدیل میانگین پیش آزمون افسردگی به میزان (۳۱/۹۰) همچنان، براساس نتایج بدست آمده از جدول ۲ برای متغیر افسردگی، با توجه به نتایج آزمون آماری ( $\eta^2=0/873$ ،  $p=0/00$ ،  $t=126/590$ ) = (۳ و ۵۵) =  $f$  با  $df$ ) اختلاف این روشها از لحاظ آماری معنادار است. یعنی بین میزان افسردگی سه گروه آزمایشی و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد.

پس از معنادار شدن F محاسبه شده با استفاده از آزمون تعقیبی به بررسی مقایسه اثربخشی آموزش SSRI درمانی، شناخت درمانی و EMDR درمانی در میزان افسردگی پرداخته که نتایج در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه آزمایش و گروه کنترل

گروه کنترل		EMDR درمانی		شناخت درمانی		SSRI درمانی		
انحراف معیار (S)	میانگین (X)	انحراف معیار (S)	میانگین (X)	انحراف معیار (S)	میانگین (X)	انحراف معیار (S)	میانگین (X)	
۲/۰۲	۳۱/۶۰	۳/۸۰	۲۸/۸۰	۴/۵۴	۳۱/۹۳	۵/۲۷	۳۵/۲۶	*
۱/۸۴	۳۰/۴۰	۲/۱۹	۱۴/۸۶	۱/۴۰	۲۳/۴۰	۳۳/۰۲	۲۴/۵۳	**

\* پیش آزمون \*\* پس آزمون

جدول ۲: نتایج تحلیل کواریانس برای متغیر افسردگی

توان آزمون	اندازه اثر Eta	p	f	میانگین مجذورات ms	درجه آزادی df	مجموع مجذورات SS	منبع پراش	گروه
۱/۰۰۰	۰/۸۷۳	۰/۰۰۱	۱۲۶/۵۹۰	۱۵۸۱/۹۶۵	۳	۱۵۸۱/۹۶۵	افسردگی	

جدول ۳: تحلیل کواریانس بین میزان افسردگی بر اساس گروه SSRI درمانی و گروه شناخت درمانی

تفاوت میانگین	p	f	میانگین مجذورات ms	درجه آزادی df	مجموع مجذورات SS	منبع پراش	گروه
۰/۴۳۵	۰/۵۷۸	۰/۳۱۳	۱/۳۰۲	۱	۱/۳۰۲	افسردگی	

بر اساس نتایج جدول ۳، برای تحلیل متغیر افسردگی در گروه SSRI درمانی، شناخت درمانی،  $p > 0/05$  (با  $df (1,55)=0/313$ ) اختلاف بین آن‌ها از لحاظ آماری معنادار نیست. لذا بین نمرات پس آزمون افسردگی در دو گروه دارودرمانی و شناخت درمانی تفاوت معناداری وجود ندارد و با مقایسه تفاوت میانگین‌ها مشخص شد که بین گروه دارودرمانی و شناخت درمانی تفاوت وجود ندارد و این نتیجه نشان می‌دهد که داروهای SSRI با شناخت درمانی در کاهش افسردگی تفاوتی ندارد.

بر اساس نتایج به دست آمده از جدول ۴، برای تحلیل متغیر افسردگی در گروه SSRI درمانی، EMDR درمانی، چون  $F$  محاسبه شده متغیر افسردگی ( $p > 0/001$ ) (با  $df (1,55)=93/393$ ) از لحاظ آماری معنادار است. لذا بین نمرات پس آزمون افسردگی در دو گروه SSRI درمانی، EMDR درمانی تفاوت معناداری وجود دارد و با مقایسه تفاوت میانگین‌ها مشخص شد که به میزان (۸/۳۱۱) بین گروه SSRI درمانی، EMDR درمانی تفاوت وجود دارد.

این نتیجه نشان می‌دهد که EMDR درمانی در مقایسه SSRI درمانی در کاهش افسردگی موثرتر است.

بر اساس نتایج به دست آمده از جدول ۵، برای تحلیل متغیر افسردگی در گروه شناخت درمانی و EMDR درمانی چون  $F$  محاسبه شده متغیر افسردگی ( $p > 0/001$ ) (با  $df (1,55)=103/33$ ) از لحاظ آماری معنادار است. لذا بین نمرات پس آزمون افسردگی در دو گروه شناخت درمانی و EMDR درمانی تفاوت معناداری وجود دارد و با مقایسه تفاوت میانگین‌ها مشخص شد که به میزان (۷/۸۷۷) بین گروه شناخت درمانی و EMDR درمانی تفاوت وجود دارد و این نتیجه نشان می‌دهد که EMDR درمانی در مقایسه شناخت درمانی در کاهش افسردگی موثرتر است.

با عنایت به معنادار شدن تفاوت میانگین‌ها با ۰/۹۹ اطمینان بیان میشود که فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه اثربخشی SSRI درمانی، شناخت درمانی و EMDR درمانی بر روی افسردگی متفاوت است، تایید میشود.

جدول ۴: تحلیل کوواریانس بین میزان افسردگی بر اساس گروه SSRI درمانی و EMDR درمانی

گروه	منبع پراش	مجموع مجذورات SS	درجه آزادی df	میانگین مجذورات ms	f	p	تفاوت میانگین
افسردگی	افسردگی	۳۷۹/۰۷۱	۱	۳۷۹/۰۷۱	۹۳/۹	۰/۰۰۱	۸/۳۱۵

جدول ۵: تحلیل کوواریانس بین میزان افسردگی بر اساس گروه شناخت درمانی و EMDR درمانی

گروه	منبع پراش	مجموع مجذورات SS	درجه آزادی df	میانگین مجذورات ms	f	p	تفاوت میانگین
افسردگی	افسردگی	۴۳۱/۶۹۳	۱	۴۳۱/۶۹۳	۱۰۳/۲	۰/۰۰۱	۷/۸۸

### بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی سه روش SSRI درمانی، EMDR درمانی و شناخت درمانی در کاهش افسردگی کارکنان حفاری جنوب بود. نتایج نشان داد بین میانگین نمرات افسردگی چهار گروه در پس آزمون تفاوت معنادار وجود دارد. به عبارتی هر سه روش درمانی موجب کاهش معنی دار نمرات افسردگی آزمودنی ها می شوند روش EMDR درمانی نسبت به روش شناخت درمانی و داروهای SSRI اثر بخش تر است. و دو روش شناخت درمانی و داروهای SSRI اثری برابر در کاهش افسردگی دارند. در راستای این پژوهش اگرچه طبق مشاهدات پژوهشگر تحقیقات کمی همزمان اثر بخشی این سه شیوه درمانی را بر کاهش افسردگی مورد ارزیابی قرار داده اند، ولی پژوهش هایی [Carlson ۱۷،۱۶ (۲۰۰۳)]، به نقل از [۲۰] تأثیر این شیوه ها را به تنهایی بر میزان افسردگی مورد آزمایش قرار گرفته که همگی همسو با نتایج پژوهش حاضر هستند. به عنوان مثال احمدیان (۲۶) در پژوهشی به بررسی مقایسه ای تأثیر دو روش EMDR درمانی و نیز مشاوره گروهی با رویکرد معنا درمانی بر کاهش افسردگی پرداخت. یافته ها نشان داد که هر دو روش در کاهش افسردگی مؤثر هستند. اما روش EMDR درمانی تأثیر بیشتری نسبت به معنا درمانی دارد. روشهای درمانی که در اختلال افسردگی اساسی به کار گرفته می شوند متنوع می باشند و اکثر مطالعات حاکی از آن است که ترکیب روان درمانی و دارودرمانی مؤثرترین درمان برای اختلال افسردگی اساسی است (۶).

Edwards مینویسد: داروهای ضدافسردگی ضمن آن که افسردگی را درمان می کند در طولانی مدت ادامه مصرف دارو در پیشگیری از حملات بیماری مؤثر میباشد (29).

Derubeis و همکاران در مقایسه بیماران افسرده ای که تحت درمان دارویی قرار داشتند گزارش کردند که میزان عود علایم در بیماران ۴۷٪ بود که این فراوانی برای گروهی که دارو دریافت ننموده اند ۷۶٪ بوده است (۳۰). سایر پژوهشگران با بررسی نقش داروهای ضدافسردگی در درمان افسردگی های متوسط و شدید گزارش کردند که داروهای SSRI به طور مؤثر از شدت علائم کاسته و بهبودی بیماران را سرعت می بخشد (۳۶).

اقدامات شناخت درمانی نیز در درمان اختلال افسردگی اساسی مؤثر بوده و تحلیل آزمون آماری نشان دهنده تفاوت معنی دار بوده است. محقق می نویسد، شناخت درمانی یک راه سودمند و ثابت شده در درمان افسردگی در ده سال گذشته بوده است (۳۱).

برخی پژوهشگران در پی گیری شش ساله بیماران افسرده که تحت اقدامات شناخت درمانی قرار گرفته بودند نتیجه گرفتند که تدابیر شناخت درمانی به طور مؤثر خطر عود افسردگی را کاهش می دهد (۳۲).

Thase و همکاران گزارش کردند که شناخت درمانی میزان نمره افسردگی را در مقیاس هامیلتون کاهش داده است (۳۳). Paykel می نویسد: علی رغم مصرف داروهای ضدافسردگی مشکل عود افسردگی همچنان باقی است و استفاده از شناخت درمانی به طور معنی داری میزان عود بیماری را کاهش میدهد (۳۴).

Scott و همکاران در مورد تأثیر شناخت درمانی بر اختلال افسردگی می نویسد: ۱۵۸ بیمار افسرده که تحت اقدامات شناخت درمانی قرار داشتند میزان عود بیماری در آنها به طور معنی داری نسبت به گروه کنترل (۴۷٪) کاهش یافته بود (۳۱).

Jonghe و همکاران مینویسند: ترکیب روش داروهای SSRI و شناخت درمانی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و مؤثرتر از داروهای SSRI و شناخت درمانی به تنهایی میباشد (۳۲).

در گزارشی ۸۶ بیمار افسرده را در چهار گروه شناخت درمانی، دارو درمانی، شناخت درمانی همراه با دارو و شناخت درمانی همراه با دارونمای فعال به مدت ۱۲ هفته تحت درمان قرار دادند. نتایج نشان داد بیماران که درمان را تمام کردند علائم بهبودی معنی داری را نشان ندادند و هیچگونه اختلافی بین چهار روش درمانی مشاهده نشد (35).

در تبیین این یافته می توان چنین بیان داشت که مواجه مکرر با محرک های مختلف در جلسات آموزشی و بررسی علل ایجاد کننده افسردگی و نگرانی در میان کارکنان حفاری جنوب در روش EMDR درمانی موجب کاهش و از بین رفتن حساسیت ها نسبت به محرک ها و نیز از بین رفتن پاسخ های دلسرد کننده و رفتارهای نشانگر افسردگی در افراد و آزمودنی ها گردیده است .

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که شناخت درمانی باعث کاهش علائم افسردگی در کارکنان حفاری جنوب می شود این نتیجه نیز همسو با سایر نتایج در این زمینه (۲۷،۱۴) می باشد. بر طبق مدل شناختی افسردگی بک (۱۹۶۷)، (۲۸)، افراد افسرده به دلیل مواجهه مکرر با رویداد های کنترل ناپذیر، کم کم به سوی درماندگی و انفعال کشیده می شوند و این درماندگی ممکن است حیطه های زیادی از زندگی آنها را تحت تاثیر قرار دهد (از روابط بین فردی تا مسائل کاری)، این افراد ممکن است ناکارآمدی و درماندگی را به تمام تجارب خود منتقل کرده و عملاً بسیاری از فرصت های عملکرد موثر را از دست بدهند . مداخله از بعد شناختی، اصلاح افکار منفی خودکار و باورهای زیر بنایی بیماران را آماج قرار داد. از آنجا که باورها و نگرش های زیر بنایی، مبنای نظریه شناخت درمانی بک برای افسردگی است، بیماران طی جلسات درمانی با فهرست نگرش های ناکارآمد بک آشنا شدند و میزان اعتقاد آنها به این فرض های زیر بنایی بررسی و نحوه چالش به آنها آموزش داده شد، تا در شرایطی که این افکار ناکارآمد فعال می شوند بتوانند به درستی آنها را شناسایی کرده و اقدام لازم جهت خنثی کردن اثرات آنها را انجام دهند. در مجموع، اثر قابل توجه مداخله درمانی بر بهبود علائم افسردگی کارکنان حفاری جنوب گروه های آزمایش را می توان ناشی از اصلاح «ادراک خود» بیماران، اصلاح نگرش های زیربنایی، مخصوصاً در زمینه بیماری، اصلاح سبک برخورد بیماران با واکنش های منفی دیگران و افزایش سطوح فعالیت و بهبود روابط بین فردی مثبت بیماران دانست به نظر میرسد تفاوت های مشاهده شده تحت تأثیر عوامل متعدد میباشد از جمله نوع داروهای مصرفی ضدافسردگی میتواند عامل مؤثری در نحوه پاسخ دهی به درمان باشد. زیرا در بسیاری از مطالعات از داروهای ضدافسردگی سه حلقوی استفاده شده است اما امروزه اعتقاد بر این است که داروهای ضدافسردگی از گروه مهار کننده های اختصاصی بازجذب سروتونین خط اول درمان افسردگی اساسی میباشد (۳۷) و در این مطالعات داروهای مورد مصرف از دسته اخیر بوده است از سوی دیگر شرایط اجتماعی و فرهنگی در جوامع مختلف متفاوت بوده و همین مسئله بر فرایند درمان نیز میتواند مؤثر باشد .

از محدودیت هایی اصلی پژوهش، عدم امکان کنترل برخی از متغیر های مرتبط با میزان افسردگی کارکنان حفاری جنوب بود به عبارتی از آنجایی که همگن سازی کامل در زمینه متغیر های مرتبط با شدت افسردگی مانند مدت درگیری، سابقه وجود بیماری های همزمان با افسردگی یا مقدم بر افسردگی، شرایط پذیرش مشکل در خانواده و ... به طور کامل مهیا نشد بنابراین در تفسیر و تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را رعایت کرد، هر چند تلاش شد تا با انتخاب تصادفی از بین کارکنان حفاری جنوب افسرده و جایگزینی تصادفی آنها تا حد زیادی این مشکل کم شود. نداشتن مرحله پیگیری به دلیل عدم دسترسی به برخی از شرکت کنندگان نیز یکی دیگر از محدودیت های پژوهش حاضر است که پژوهشگران در مطالعات بعدی می توانند جهت بررسی اثر بخشی این روش های درمانی در درازمدت مرحله پیگیری را نیز در تحقیقات خود لحاظ کنند .

### نتیجه نهایی

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که سه روش داروهای SSRI درمانی، روش EMDR و شناخت درمانی باعث کاهش معنادار علائم افسردگی کارکنان حفاری جنوب مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در مقایسه با گروه کنترل میشود.  
سپاسگزاری :

پژوهش گران بر خود لازم می دانند که از تمام کارکنان حفاری جنوب عزیزی که با صبر مثال زدنی خود پژوهشگران را در انجام پژوهش یاری رساندند تشکر و قدر دانی کنند. این پژوهش بر گرفته از تحقیق و کار در مرکز درمانی کوثر توسط مهندس مصطفی نظرزاده بعنوان متصدی آزمایشگاه و محلل کامپیوتر این مرکز می باشد که در تاریخ ۹۶/۱۱/۲۶ با همراهی روانشناسان این مرکز خانم زهرا قربانی (روانشناس عمومی) و خانم زهرا خلیف (روانشناس بالینی) انجام گرفت. از جناب دکتر انوری بعلت همراهی و مشاوره امتنان فراوان داریم.



## منابع و مراجع

- [1] World Health Organization. Report of world health. Geneva: WHO, 2001.
- [2] Salehzadeh M, Kalantari M, Molavi H, Najafi MR, Ebrahimi A. [Effectiveness of cognitivebehavioral group therapy on depression in intractable epileptic patients]. *Adv Cognitive Sci* 2010; 12(2): 59-68. (Persian)
- [3] Clark DA, Beck AT. Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression. New York: John Wiley and Sons, 1999.
- [4] Zolfaghari A. [The investigation of prevalence of depression among students and effect of group cognitive therapy on reduction of it]. Unpublished thesis in post Graduate clinical psychology: Shahed University, 1998. (Persian)
- [5] Angest J. Clinical course of effective disorders in depressive illness :prediction of clinical course and outcome. Berlin : Springer, 1988:1-48
- [6] Saduk, Benjamin James, Kaplan, Virginia, summarizingthe clinical psychiatric mental health. *Behav Sci* 2005; 28:419-21
- [7] Oei TSP, Bullbeck K, Campbell JM. Cognitive change process during group cognitive behaviour therapy for depression. *J Affec Dis* 2006; 92: 231-241.
- [8] Embling S. The effectiveness of cognitive behavioural therapy in depression. *Nurs Stand* 2002; 17 (14-15): 33-41.
- [9] Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, Finos L, Conti S, Grandi S. Six-year outcome of cognitive behavioral prevention of recurrent depression. *Am J Psychiatr* 2004; 161: 1872-1876.
- [10] Kwon SM, Oei TPS. Cognitive change processes in a group cognitive behavior therapy of depression. *J Behav Ther Exp Psychiatr* 2003; 3: 73-85.
- [11] Oei TPS, Shuttlewood GJ. Comparison of specific and nonspecific factors in a group cognitive therapy for depression. *J Behav Ther Experiment Psychiatr* 1997; 28: 221-231.
- [12] Hashemi Z, Mahmoodalilu M, Hashemi T. [The effectiveness of meta-cognitive therapy on reducing of depression symptoms and metacognitive beliefs of patient with major depression(case study)]. *Behav Sci Res* 2011; 9(2): 133-140. (Persian)
- [13] Kavyani H, Javaheri F, Bahiraei H. [The effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on reduction of negative automatic thought, dysfunction attitude, depression and anxiety: 60 day follow up]. *Advn Cognitive Sci* 2006; 7(1): 49-54. (Persian)
- [14] Solgi Z, Hashemian K, Sadipoor B. [The Investigating effectiveness of cognitive group therapy on male patient with positive HIV depression. *Alzahra Univ Psychol Res J* 2006; 3(4). (Persian)
- [15] Shapiro F, (ed). E.M.D.R. manuals. Dhaka: Bangladesh, 1998.
- [16] Rachman S, Maser J. Panic: psychological perspectives. Lawrence Erlbaum: Hill sdale; 2007.
- [17] Happer. M. General anxiety disorder. *J Clin Psychiatr* 2011; 67:58-73.
- [18] Brcker CB, Zagfar C, Anderson E. A survey of psychologists attitudes and utilization of exposure therapy for PTSD. *Begav Res Ther* 2004; 42: 277-92.
- [19] Rothbaum Bo. A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of post traumatic stress disorder sexual victim. *Bull Manag Clin* 1997;61: 31-34.
- [20] Vatankeh H. [Evaluation and comparison of treatment methods Desensitization and Reprocessing through eye movements, medication and cognitive therapy on reducing anxiety of male and female clients referred to Tehran counseling and psychotherapy centers]. PhD Dissertation: Islamic Azad Univ Tehran Markaz Unit, 2008. (Persian)
- [21] Dobson KS. A meta -analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression .*J Con-sult Clin Psychol* 1989;57:414-19.
- [22] Clark DM, Keristoferej F, et al. Science and manner appliedof cognitive behavior therapy , 2001.
- [23] Mynors LM, Gath DH , Lloyd AR, Tomlinson D. Problem-solving treatment: evidence for effectiveness and feasibility in primary care. *Int J Psychiatr Med* 1996;26:249-262.
- [24] Unutzer J, Wa Yne J, Russo KJ , Simon G, Korff MV, Lin E , et al. Treating majordepression in primary care Practice :eight month clinical outcomes. *Arch Gen Psychiatry* 1995 :58:112-118.

- [25] Taraghijah S. [Comparing the effect of group counseling with cognitive-behavioral approach and spiritual approach on Tehran girl's student depression]. [Ph.D Dissertation]: Tehran Tarbiat-e- Moallem Univ, 2006. (Persian)
- [26] Ahmadian S. [The comparative study of the effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing and group counseling with logo therapy approach on War veterans depression reducing]. [Unpublished MA thesis in Psychology]: Shahid Chamran University; 2009.