

اثر بخشی آموزش گروهی تکنیک‌های درمان پذیرش و تعهد بر علائم افسردگی سربازان

* حمیدرضا شگری^۱، پرویز دباغی^۲، بهناز دوران^۳، ارسیا تقوایی^۴

چکیده

مقدمه: افسردگی یکی از مشکلات جدی در سلامت سربازان است. یکی از درمان‌های مورد استفاده برای افسردگی، درمان پذیرش و تعهد است. این مطالعه با هدف بررسی اثر بخشی آموزش گروهی تکنیک‌های درمان پذیرش و تعهد بر علائم افسردگی سربازان انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه یک کار آزمایشی بالینی کنترل شده تصادفی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه بود که با دو گروه آزمایش و لیست انتظار اجرا شد. از تمامی کارکنان وظیفه یک یگان نظامی که ۴۱۹ نفر بودند، آزمون افسردگی بک گرفته شد. شرکت کنندگانی که نمرات بالاتر از نقطه برش خفیف (۱۴ به بالا) گرفتند، ۱۲۴ نفر بودند و ۱۱ نفر به علت نداشتن معیار ورود به مطالعه، حذف شدند. از ۱۱۳ نفر باقیمانده به صورت تصادفی ۴۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و لیست انتظار (۲۰ نفر) اختصاص داده شدند. ۶ جلسه مداخله آموزش تکنیک‌های درمان پذیرش و تعهد (۱ جلسه فردی، ۵ جلسه گروهی) برای شرکت کنندگان گروه آزمایش اجرا شد و گروه لیست انتظار هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها از طریق تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس نشان داد که اجرای آموزش گروهی تکنیک‌های درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش معنی‌دار نمرات افسردگی شده است.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به دست آمده از این پژوهش مشخص شد که آموزش گروهی تکنیک‌های درمان پذیرش و تعهد می‌تواند به طور موقت در کاهش علائم افسردگی سربازان مؤثر باشد.

کلمات کلیدی: اختلال افسردگی، درمان پذیرش و تعهد، سرباز

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، تهران، ایران، دانشگاه

علوم پزشکی آجا، (مؤلف مسئول)

Hamidreza.shekari35@gmail.com

۲. دانشیار، تهران، ایران، دانشگاه علوم پزشکی آجا،

دانشکده پزشکی، گروه روانشناسی بالینی

۳. استادیار، تهران، ایران، دانشگاه علوم پزشکی

بقیه الله (عج)، دانشکده پزشکی، گروه روانشناسی بالینی

۴. دانشیار، فلوشیپ روانپزشکی نظامی، تهران، ایران،

دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پزشکی، مرکز پژوهش

و فن آوری روانپزشکی و بحران

مقدمه

آماندا معتقد است که محیط‌های نظامی، تأثیرات روانشناختی مختلفی بر سربازان دارد، که ممکن است در معرض استرس‌هایی همچون مواجهه با موقعیت‌های جنگی، دیدن رنج و ناراحتی انسانها، زندگی و شرایط سخت شغلی، دوری از خانواده و تضاد با هم‌زمان قرار گیرند [۱]. استرس، اضطراب و افسردگی از هم جدا هستند ولی مفاهیمی به هم پیوسته‌اند، یک دیدگاه فارماکولوژیکی استرس را عامل تأثیرگذار برای اضطراب و افسردگی می‌داند [۲]. افسردگی در حال حاضر چهارمین وضعیت ناتوان کننده در جهان است و پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۲۰ دومین عامل منجر به بیماری‌های ایسکمیک قلب شود [۳]. ویژگی مشترک تمام اختلالات افسرده کننده غمگینی، تهی بودن یا خلق تحریک پذیر همراه با تغییرات جسمی و شناختی است. تفاوت در میان آنها به موضوعاتی چون طول دوره، زمان بندی و علت احتمالی مرتبط است. اختلال افسردگی با مرگ و میر بالایی به خصوص با خودکشی همراه است. این افراد علائمی مانند: گریبان بودن، تحریک‌پذیری، درگیری با افکار، نشخوار و سواس گونه، اضطراب، ترس، نگرانی بیش از حد برای سلامتی و شکایت از درد را دارند [۴]. نگرانی از عوارض جانبی افسردگی بر سلامت عمومی فرد، بهزیستی، کیفیت زندگی، عملکرد اجتماعی، شغلی و دیگر عملکردهای افراد منجر به افزایش بازتاب تحقیق‌ها در زمینه علت نشانه‌های افسردگی شده است [۵]. افسردگی یکی از مشکلات جدی در رابطه با سلامتی سربازان است. تحقیقات نشان می‌دهد که میزان شیوع علائم افسردگی در سربازان بیشتر از کل جامعه است. طبق بررسی‌ها، ۵۰٪ از موارد خودکشی سربازان به علت افسردگی بوده است [۶]. یک تحقیق بین گروه‌های نظامی (سرباز، درجه دار، افسر) در کشور ایران، نشان داد که میزان اختلالات روانی در کارکنان وظیفه بیشتر از کارکنان پایور بود و از نظر اضطراب و افسردگی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود داشت [۷]. افسردگی یک مشکل مهم سلامت عمومی است که شیوع بالایی دارد و بر افراد و

جامعه تأثیر ویرانگری می‌گذارد [۸]. یکی از درمان‌هایی که در موج سوم درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی و پذیرش برای افسردگی کاربرد داشته است، درمان پذیرش و تعهد (ACT)^۱ است. نقطه قوت درمان پذیرش و تعهد نسبت به درمان‌های دیگر در نظر گرفتن ابعاد انگیزشی و شناختی است. پژوهش‌های انجام شده در خصوص اثربخشی درمان پذیرش و تعهد رضایت بخش بوده و دلایل کافی و منطقی را برای استفاده از این درمان در کار بالینی و به خصوص کار با بیماران مبتلا به اختلالات خلقی و اضطرابی فراهم کرده است [۹]. اهداف درمان پذیرش و تعهد برای هر کدام از مشکلات با هدف کلی، افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی است [۱۰]. این درمان با هر کدام از اصولش تغییرات پایداری در فرآیندهای روانشناختی به وجود می‌آورد [۱۱] و با فرآیندهای ذهن آگاهی، پذیرش و تغییر رفتار باعث افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌شود [۱۲]. در مطالعات مختلفی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به سرطان پستان، کاهش افسردگی بیماران مبتلا به درد مزمن [۱۳]، کاهش افسردگی و بهبود کیفیت زندگی بر کهنه سربازان [۱۴]، کاهش افسردگی بیماران با سابقه بستری طولانی مدت [۱۵]، کاهش افسردگی [۱۲] کاهش شدت افسردگی در طول زمان در سربازان [۱۶] نشان داده شده است. یک مطالعه کنترل نشده، مداخلات کوتاه مدت درمان پذیرش و تعهد به صورت گروهی را برای افراد مبتلا به روان‌پریشی امکان پذیر و قابل قبول توصیف کرده است [۱۷]. نرخ خودکشی در میان سربازان افزایش یافته و افسردگی یکی از عوامل خطر و مؤثر بر افکار خودکشی است و کاهش افسردگی با کاهش افکار خودکشی همراه است [۱۶]. افسردگی می‌تواند بر کیفیت زندگی افراد تأثیر منفی بگذارد [۱۸]. اثربخشی درمان پذیرش و تعهد برای بهبود و پیشگیری از افسردگی بررسی شده و این نوآوری برای جلسات ACT موجود است [۱۹]. فشارهای روانی شدید برای

1. Acceptance and Commitment Therapy

مطالعه برای کلیه شرکت کنندگان محفوظ بود. در پایان مرحله پیگیری به منظور رعایت اخلاق در تحقیق، برای گروه لیست انتظار آموزش گروهی تکنیک‌های درمان پذیرش و تعهد انجام شد. معیارهای ورود به این تحقیق شامل: حداقل سن سربازان ۱۸ سال و حداکثر ۲۵ سال، حداقل تحصیلات اول راهنمایی و حداکثر دیپلم، توانایی شرکت در تحقیق از لحاظ جسمی و کسب نمره بالاتر از ۱۴ (خفیف) تا ۶۳ (شدید) در آزمون افسردگی بک بود و معیارهای خروج شامل: سربازان پیگیر امور انتقالی و معافیت پزشکی، ۳ ماه مانده به پایان خدمت، اعتیاد به مواد مخدر، مصرف داروهای روانپزشکی و یا قرار داشتن تحت دیگر درمان‌های روانشناختی بود. برای سنجش شدت افسردگی از پرسشنامه افسردگی بک فرم بلند استفاده شد که دارای ۲۱ ماده است که علائم جسمانی، شناختی و عاطفی را اندازه‌گیری می‌کند. حداکثر نمره در این تست ۶۳ و حداقل آن صفر است. بک، استیبر و براون (۲۰۰۰) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیربیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند [۲۰]. آموزش تکنیک‌های درمان پذیرش و تعهد طبق پروتکل در شش جلسه انجام شد (جدول ۱)، که شش فرآیند مرکزی دارد. این شش فرآیند

سازمان و کارکنان، هزینه و خسارت‌هایی را به دنبال دارد. بنابراین در این جمعیت، گسترش آموزش‌ها و مداخلات مؤثر و با صرفه از اهمیت بالایی برخوردار است. این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی آموزش گروهی تکنیک‌های درمان پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی سربازانی بود که در بدو ورود به یگانها به علت‌های مختلف دچار علائم افسردگی می‌شوند.

روش بررسی

تحقیق حاضر از نوع کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی در قالب یک طرح تحقیقی از نوع پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری با گروه آزمایش و لیست انتظار بود. روش نمونه‌گیری به شیوه در دسترس بود. برای انتخاب حجم نمونه روی کلیه سربازان یک یگان که تعداد آنها ۴۱۹ نفر بود، تست افسردگی بک انجام شد و سپس نفراتی که در تست افسردگی، نمره بالاتر از نقطه برش خفیف (۱۴) تا شدید (۶۳) گرفته بودند جدا شدند که این تعداد شامل ۱۲۴ نفر بودند، سپس ۱۱ نفر به علت نداشتن شرایط ورود، از شرکت در تحقیق حذف شدند. بنابراین از بین این ۱۱۳ سرباز، تعداد ۴۰ نفر از آنها به صورت تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی به گروه‌های آزمایش (۲۰ نفر) و لیست انتظار (۲۰ نفر) اختصاص داده شدند. برای شرکت کنندگان گروه آزمایش ۶ جلسه آموزش گروهی تکنیک‌های درمان پذیرش و تعهد طبق پروتکل، در ۶ هفته اجرا شد. که جلسه اول آن فردی و پنج جلسه بعدی به صورت گروهی برگزار گردید. برای گروه لیست انتظار هیچگونه مداخله‌ای انجام نشد. پس از اتمام آموزش، در پس آزمون، تست افسردگی بک گرفته شد و سپس دو ماه بعد، در پیگیری مجدداً تست افسردگی بک روی شرکت کنندگان اجرا گردید. از آزمون تحلیل واریانس به منظور مقایسه نتایج دو گروه آزمایش و لیست انتظار استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد. شرکت در تحقیق داوطلبانه بود. در مورد حفظ اسرار و رعایت حریم، اطمینان کافی به شرکت کنندگان داده شده است. حق خروج از

جدول ۱- مجموعه فعالیت‌های روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۶ گام اصلی خلاصه می‌شود: [۲۱]

گام	اجزا و استراتژی	هدف
جلسه ۱: فردی	روشن شدن ارزشها ارزیابی تصور از ACT	افزایش انگیزه برای پذیرش و تغییر ارزیابی استراتژی‌های کنترل قبلی
جلسه ۲: گروهی	توافق بر قوانین گروه کنترل مشکل است	آشنایی با فرمت درمان بررسی جلسه ۱ در قالب گروه
جلسه ۳: گروهی	دیدگاه ناظر (مشاهده کننده) گسلش	توسعه اتحاد ملاحظه کردن تفاوت بین ارزشها در مقابل کنترل پذیرش و تمایل
جلسه ۴: گروهی	ایفای نقش گسلش	معرفی یک جایگزین برای کنترل تجربی مشاهده وقایع خصوصی به جای (وجود) آنها
جلسه ۵: گروهی	تمهیدات گسلش بخشش تمهیدات	تجربه چگونگی کارکرد ذهن و زبان پذیرش تمرین با استفاده از آگاهی
جلسه ۶: گروهی	خلاصه کردن درمان احساسات در مورد خاتمه پیشگیری از عود	تمرین مهارت های ACT مشاهده وقایع خصوصی تشبیهی (استعاره ای) نقشه (طرح) ارزشها - راهنمایی اقدامات مشاهده ارزشیابی کلامی بدون اقدام بر روی آنها بخشش به عنوان جایگزینی برای حق بودن (درست بودن) نقشه (طرح) ارزشها - راهنمایی اقدامات مشارکت درمانگر و مراجعین از خلاصه کردن درمان چک کردن حالت ها و بکاربردن مهارت های جدید نقشه (طرح) استراتژیهای کلی و عود

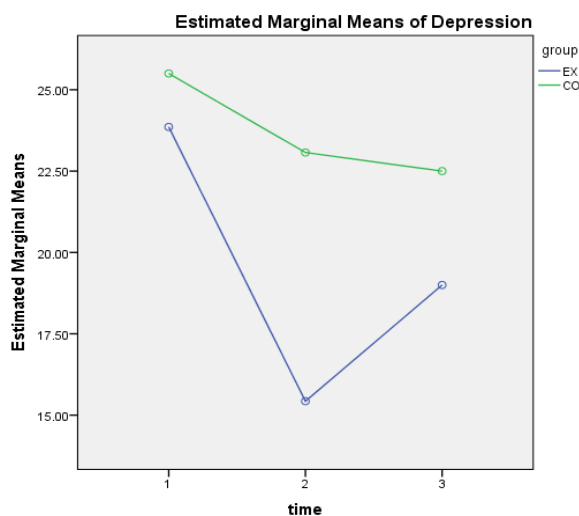
جدول ۳- نتیجه آزمون لون در متغیر وابسته افسردگی

مراحل آزمون	F	df1	df2	مقدار p
پیش آزمون افسردگی بک	۰/۴۴۶	۱	۲۶	۰/۵۱۰
پس آزمون افسردگی بک	۰/۰۷۳	۱	۲۶	۰/۷۸۹
پیگیری ۲ ماهه افسردگی بک	۱/۴۹۰	۱	۲۶	۰/۲۳۳

برای به کارگیری آزمون تحلیل واریانس مختلط، لازم است پیش فرضها رعایت شود. که با آزمون لون و کرویت ماچلی بررسی شد. جدول ۳ نشان می‌دهد، نتایج آزمون لون معنادار نبود که حاکی از عدم تفاوت معنادار واریانس گروهها است و به عبارت دیگر این پیش فرض رعایت شده است. پیش فرض دیگر این است که واریانس تفاوت بین همه ترکیبهای مربوط به گروهها (کرویت) باید یکسان باشد. که این شرط با آزمون کرویت ماچلی سنجیده شد که معنادار نبود (سطح معناداری ۰/۰۹۰) و نشان دهنده همگنی واریانس مورد نظر است. نتایج آزمونهای اثرات درون گروهی برای متغیر افسردگی نشان داد عامل زمان در متغیر وابسته افسردگی معنادار است. به عبارت دیگر کاهش نمره افسردگی شرکت کنندگان در طی زمان با اندازه اثر ۰/۲۵۳ (F=۸/۸۰۳ و p=۰/۰۰۱).

جدول ۴ فراوانی، کمینه، بیشینه، میانگین و انحراف معیار نمره آزمون افسردگی بک (BDI-II) به تفکیک گروهها را نشان می‌دهد.

تغییرات نمرات آزمون متغیر وابسته در سه زمان پیش آزمون



نمودار ۱. تغییرات متغیر افسردگی در طی مراحل مختلف آزمون برای دو گروه آزمایش و لیست انتظار

جدول ۲- فراوانی و درصد افراد در طبقات مختلف افسردگی به تفکیک گروهها

طبقات افسردگی	گروه آزمایش		گروه لیست انتظار	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
جزئی	۱۳-۰	-	-	-
خفیف	۱۹-۱۴	۳۵٪	۶	۳۰٪
متوسط	۲۸-۲۰	۴۰٪	۸	۴۰٪
شدید	۶۳-۲۹	۲۵٪	۶	۳۰٪

عبارتند از: پذیرش در مقابل اجتناب، گسلش در مقابل آمیختگی شناختی، خود به عنوان زمینه در مقابل خود مفهوم سازی شده، ارتباط با زمان حال در مقابل غلبه گذشته و آینده مفهوم سازی شده، تصریح ارزشها در مقابل عدم صراحت ارزشها و ارتباط با آنها و تعهد در مقابل منفعل بودن. این پروتکل از هیز و همکاران اقتباس شده [۲۱] و روایی آن نیز برای افسردگی تأیید شده است [۱۵].

یافته‌ها

تمامی افراد شرکت کننده در تحقیق حاضر مرد بودند. در گروه آزمایش ۱۸ نفر مجرد (۹۰٪) و ۲ نفر متأهل (۱۰٪) و در گروه لیست انتظار ۱۹ نفر مجرد (۹۵٪) و ۱ نفر متأهل (۵٪) حضور داشتند. از نظر سطح تحصیلات، در گروه آزمایش ۱۵ نفر (۷۵٪) تحصیلات راهنمایی و ۵ نفر (۲۵٪) تحصیلات متوسطه و در گروه لیست انتظار ۱۳ نفر (۶۵٪) تحصیلات راهنمایی و ۷ نفر (۳۵٪) تحصیلات متوسطه داشتند. کمینه و بیشینه سن شرکت کنندگان در هر دو گروه آزمایش و لیست انتظار مشابه و به ترتیب ۱۸ و ۲۵ و میانگین سنی گروه آزمایش ۲۱/۴۵ و میانگین سنی گروه لیست انتظار ۲۱/۲۵ بود.

جدول ۲ درصد و فراوانی شرکت کنندگان در دو گروه آزمایش و لیست انتظار را بر حسب طبقات مختلف افسردگی (جزئی، خفیف، متوسط، شدید) نشان می‌دهد.

جدول ۴- فراوانی، کمینه، بیشینه، میانگین و انحراف معیار نمره آزمون افسردگی بک

گروه	تعداد	کمینه	بیشینه	میانگین ± انحراف معیار
آزمایش پیش آزمون	۲۰	۱۶	۳۴	۲۴/۴۰ ± ۶/۰۱
پس آزمون	۱۸	۶	۲۷	۱۵/۵۵ ± ۶/۲۱
پیگیری ۲ ماهه	۱۶	۹	۳۰	۱۹/۷۵ ± ۶/۷۰
لیست انتظار پیش آزمون	۲۰	۱۴	۳۷	۲۴/۹۰ ± ۸/۱۱
پس آزمون	۱۷	۸	۳۲	۲۲/۹۴ ± ۷/۲۸
پیگیری ۲ ماهه	۱۵	۱۲	۳۰	۲۲/۴۶ ± ۵/۱۳

جدول ۵- آزمون تعقیبی بون فرنی برای گروه آزمایش و لیست انتظار در متغیر افسردگی

گروه زمان	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	مقدار p
آزمایش پیش‌آزمون * پس‌آزمون	۸/۴۲۹*	۲/۲۶۲	۰/۰۰۸
پیش‌آزمون * پیگیری	۴/۸۵۷	۱/۹۵۰	۰/۰۸۱
پس‌آزمون * پیگیری	-۳/۱۵۷	۱/۷۹۷	۰/۲۰۵
لیست انتظار پیش‌آزمون * پس‌آزمون	۲/۴۲۹	۲/۱۳۰	۰/۸۲۴
پیش‌آزمون * پیگیری	۰/۶۶۷	۳/۰۰۰	۱/۸۶۹
پس‌آزمون * پیگیری	۱/۶۱۱	۱/۱۱۸	۱/۰۰۰

(۱)، پس‌آزمون (۲) و پیگیری (۳) در نمودار ۱ به خوبی مشهود است.

جدول ۵ نشان می‌دهد در گروه آزمایش، تفاوت نمرات آزمون افسردگی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار بوده و به عبارت دیگر، نمرات افسردگی پس از مداخله، به طرز معناداری کاهش یافته است. این در حالی است که تفاوت نمرات آزمون افسردگی در هیچ یک از مراحل در گروه لیست انتظار معنادار نبود.

بحث و نتیجه‌گیری

طبق نتایج بدست آمده آموزش گروهی تکنیک‌های درمان پذیرش و تعهد بر کاهش علائم افسردگی سربازان اثربخش است. اما این نتایج در مرحله پیگیری معنی‌دار نبود. ولی تغییرات در گروه آزمایش در مرحله پیگیری نسبت به گروه لیست انتظار حاشیه‌ای است. نتیجه این تحقیق با یافته‌های پژوهش‌های مختلف همخوانی دارد [۱۶-۱۴، ۱۸، ۱۹، ۲۴-۲۲]. با توجه به میانگین‌های نمرات پرسشنامه افسردگی بک گروه آزمایش در مراحل پیش‌آزمون (۲۴/۴۰)، پس‌آزمون (۱۵/۵۵) و پیگیری (۱۹/۷۵) و گروه لیست انتظار در مراحل پیش‌آزمون (۲۴/۹۰)، پس‌آزمون (۲۲/۹۴) و پیگیری (۲۲/۴۶)، می‌توان گفت که افسردگی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در پیش‌آزمون در سطح متوسط بوده که در پس‌آزمون و پیگیری به سطح خفیف رسیده است، ولی در گروه لیست انتظار در پیش‌آزمون در سطح متوسط بوده که در پس‌آزمون و پیگیری در همان سطح متوسط مانده و تغییری نکرده است. در ACT

افسردگی به عنوان یک هیجان ثانویه تصور می‌شود که در آن فرد افسرده تلاش می‌کند از واکنش‌های هیجانی و طبیعی به وقایع استرس‌زای زندگی جلوگیری کند. رویکرد ACT در افسردگی به جای تأکید بر محتوا یا فراوانی افکار منفی و مشکل‌ساز بر چگونگی ارتباط تأکید می‌کند. گسلس به واسطه نتایج زتل و هیز (۱۹۸۶) و زتل و راینز (۱۹۸۹) در آزمایش‌های افسردگی یافت شده است. تمرکز بر علت به عنوان دلیل دادن در یک فرد افسرده ممکن است، نشخوار و افسردگی را افزایش دهد. در ACT همچنین تمرکز بر درگیر کردن افراد با عمل متعهدانه و منسجم کردن با ارزش‌های چندگانه زندگی است. افراد مبتلا به افسردگی با فعالیت‌های لذت‌بخش درگیری کمی دارند. پلومب و همکاران (۲۰۰۷) ارتباط منفی بین سطح اقدام بر اساس ارزش‌ها و افسردگی پیدا کرده‌اند، بنابراین پژوهش‌ها از فرآیندهای درگیر در ACT، حمایت زیادی برای جمعیت‌های مورد هدف کرده‌اند [۱۵]. برای تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان پذیرش و تعهد یک مداخله کوتاه مدت و ساختاریافته است که هدفش ایجاد یک نگرش یا رابطه متفاوت با افکار، احساسات و عواطف است که شامل حفظ توجه کامل و لحظه به لحظه و نیز داشتن نگرش همراه با پذیرش و به دور از قضاوت است [۲۵]. به عبارتی بیش از نیمی از تغییرات علائم افسردگی می‌تواند به واسطه فقدان پذیرش و تمایل توجیه شود. وقتی تمایل نداریم نشاط کمتری را هم تجربه می‌کنیم [۲۶]. یکی از ویژگی‌های افراد افسرده نشخوار کردن و الگوهای فکری تکراری است. این خصوصیت آنها را دور از تماس با لحظه حاضر قرار می‌دهد و درون یک گذشته یا آینده منفی می‌برد. یکی از ابعاد پذیرش و تعهد درمانی بودن در زمان حال است. پذیرش و تعهد درمانی می‌خواهد یک خود‌نظاره‌گر را در بشر ایجاد کند و این کار را به واسطه فرآیندهای گسلس و ذهن آگاهی انجام می‌دهد. مزیت بزرگ این خود‌نظاره‌گر این است که زمینه‌ای محسوب می‌شود که محتوای هشیاری در آن تهدید کننده نیست. به عبارت دیگر خود به عنوان زمینه، پذیرش را فراهم می‌کند. یکی از نشانه‌های افسردگی و بخشی

مرحله پیگیری معنی‌دار نبوده است. برای تبیین این یافته می‌توان به شرایط خاص سربازان، مداخله کوتاه (۶ جلسه‌ای) در مقایسه با پروتکل (۱۲ جلسه‌ای) قبلی ACT که برای افسردگی طراحی شده است، اشاره کرد. زتل و راینز اشاره کرده‌اند که نتایج ACT ممکن است در صورت ارائه با فرم گروهی، ضعیف باشد [۱۵].

از محدودیت‌های این تحقیق می‌توان به کوتاه بودن زمان پیگیری، در دسترس بودن نمونه، استفاده از نمونه‌های مرد و امکان نبودن ضبط جلسات برای شرکت‌کنندگان در تحقیق اشاره کرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از شرکت‌کنندگان در این تحقیق، دانشگاه علوم پزشکی آجا و اداره بهداشت و درمان نازاجا تشکر و قدردانی می‌شود.

از مبادله شناختی منفی تفکرات، دست کم گرفتن خود است. مشکل تفکرات منفی درباره خود نیست بلکه تفکرات آمیخته شده درباره خود است. افراد افسرده بر چسب‌های کلامی را به مجموعه‌ای از افکار، احساسات و حس‌های بدنی نسبت می‌دهند به طوری که آنها ناراحت‌کننده و اضطراب‌آور تجربه شوند در این رابطه با استفاده از استعاره‌ها و تمرینات تجربی تلاش شد تا شرکت‌کنندگان در روابط خود با ارزیابی‌شان تغییر ایجاد کنند. هدف استعاره‌ها تضعیف اثر لفظی رویدادهای کلامی است [۲۷]. زتل (۲۰۰۳)، تعقیب اهداف ناهمخوان با ارزش‌ها و اشتباه در تعقیب اهداف ارزشی را به عنوان عوامل مهم افسردگی می‌شناسد [۱۵]. پذیرش به مراجع کمک می‌کند تا فعالیت‌هایی که در جهت ارزشهایش هست را انتخاب کرده و راهبردهای کنترل را رها کند [۲۷]. طبق آنچه مطرح شد درمان پذیرش و تعهد رویکرد مناسبی برای کاهش افسردگی است. اما طبق نتیجه این تحقیق تأثیر آموزش گروهی تکنیک‌های درمان پذیرش و تعهد بر کاهش علائم افسردگی در سربازان در

References

1. Jones E, Wessely S. "Forward psychiatry" in the military: its origins and effectiveness. *Journal of traumatic stress*. 2003;16(4):411-419.
2. Friedman ES, Clark DB, Gershon S. Stress, anxiety, and depression: review of biological, diagnostic, and nosologic issues. *Journal of anxiety disorders*. 1992;6(4):337-363.
3. Friedman ES, Anderson I. *Handbook of depression*. 2 nd ed: Springer healthcare communications; 2014.
4. APA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. 5th ed. Washington, DC American psychiatric publishing; 2013.
5. Maniglio R. Child sexual abuse in the etiology of depression: A systematic review of reviews. *Depression and anxiety*. 2010;27(7):631-642.
6. Lambert KG. Rising rates of depression in today's society: consideration of the roles of effort-based rewards and enhanced resilience in day-to-day functioning. *Neuroscience and biobehavioral reviews*. 2006;30(4):497-510.
7. Rajabi S, Narimani A. Survey of mental health of military personnel in Ardebil city. *The third global congress on military medicine*; 2006; Tehran. [Persian]
8. Lu J, Xu Y, Hu W, Gao Y, Ni X, Sheng H, et al. Exercise ameliorates depression-like behavior and increases hippocampal BDNF level in ovariectomized rats. *Neuroscience letters*. 2014;573:13-18.
9. Hayes SC, Strosahl KD. *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer; 2010.
10. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*. 2006;44(1):1-25.

11. 24. Villatte JL, Vilardaga R, Villatte M, Plumb Vilardaga JC, Atkins DC, Hayes SC. Acceptance and commitment therapy modules: differential impact on treatment processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*. 2016;77:52-61.
12. Swain J, Hancock K, Dixon A, Bowman J. Acceptance and commitment therapy for children: A systematic review of intervention studies. *Journal of contextual behavioral science* 2015;4(2):73-85.
13. McCracken LM, Sato A, Taylor GJ. A trial of a brief group-based form of acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain in general practice: pilot outcome and process results. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society*. 2013;14(11):1398-1406.
14. Walser RD, Karlin BE, Trockel M, Mazina B, Barr Taylor C. Training in and implementation of acceptance and commitment therapy for depression in the veterans health administration: therapist and patient outcomes. *Behaviour research and therapy*. 2013;51(9):555-563.
15. Folke F, Parling T, Melin L. Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. *Cognitive and behavioral practice*. 2012;19(4):583-594.
16. 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. *Behaviour research and therapy*. 2015;74:25-31.
17. Johns LC, Oliver JE, Khondoker M, Byrne M, Jolley S, Wykes T, et al. The feasibility and acceptability of a brief acceptance and commitment therapy (ACT) group intervention for people with psychosis: The 'ACT for life' study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2016;50:257-263.
18. White R, Gumley A, McTaggart J, Rattrie L, McConville D, Cleare S, et al. Acceptance and commitment therapy for depression following psychosis: An examination of clinically significant change. *Journal of contextual behavioral science*. 2015;4(3):203-209.
19. Zettle RD. Acceptance and commitment therapy for depression. *Current opinion in psychology*. 2015;2:65-69.
20. Fathi-Ashtiani A, Dastani M. Psychological tests: personality and mental health. Tehran: Besat; 2013. [Persian]
21. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press; 1999.
22. Annunziata AJ, Green JD, Marx BP. Acceptance and commitment therapy for depression and anxiety. *Encyclopedia of mental health*. 2016:1-10.
23. Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. Increasing willingness to experience obsessions: acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior therapy*. 2006;37(1):3-13.
24. Bohlmeijer ET, Fledderus M, Rokx TA, Pieterse ME. Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*. 2011;49(1):62-67.
25. 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]
26. Hayes S, Smith S. *Get out of your mind and into your life: the new acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications; 2005.
27. Ashja M, Farahbakhsh K, Sedrpushman N, Sotoodeh Z. Evaluation of the effectiveness of acceptance and commitment therapy on reducing depression of housewives in Tehran. *Journal of women and the family educational cultural*. 2012;7(19):167-185. [Persian]

Effectiveness of group training of acceptance and commitment therapy on depression symptoms in soldiers

*Shekari H¹, Dabbaghi P², Dowran B³, Taghva A⁴

Abstract

Background: Depression is one of the most serious problems in soldiers' health. Acceptance and commitment therapy (ACT) is one of the used treatments for depression. This study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of group training of ACT on depression symptoms in soldiers.

Materials and methods: A randomized controlled trial was conducted on two groups with pre-test, post-test, and two months follow-up. Beck depression inventory (BDI) was administered to 419 soldiers in a military unit. The number of participants who had higher scores than cut-off point of mild depression (>14) were 124 and of them 11 were omitted due to lack of inclusion criteria. Of the remaining 113 individuals, 40 were selected and divided randomly into "test" (20 people) and "waiting list" (20 people) groups. Six intervention sessions of training of ACT was performed for each participants of test group (one individual session and five group sessions), while waiting list group received no intervention. Data was analyzed via analysis of variance with repeated measurement using SPSS software.

Results: Based on the findings of the analysis of variance, the implementation of group training of ACT caused to a significant decrease on depression scores.

Conclusion: Results of this research indicated that group training of ACT can be useful in decreasing depression symptoms in soldiers.

Keywords: Depressive Disorder, Acceptance and Commitment Therapy, Soldiers

1. MSc in clinical psychology, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran
(*Corresponding author)
hamidreza.shekari35@gmail.com

2. Associate professor, Department of clinical psychology, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Assistant professor, Department of clinical psychology, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4. Associate professor, Department of psychiatry, faculty of medicine, AJA University of Medical Sciences, Disaster and Military Psychiatry Research Center, Tehran, Iran