

● مقاله تحقیقی

اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش علائم افسردگی کارکنان مرد نظامی مبتلا به دیابت نوع ۲

*مرتضی بستامی^۱، ناصر گودرزی^۲، بهناز دوران^۳، ارسیا تقوایی^۴

چکیده

مقدمه: دیابت یک بیماری شایع و پیشرونده می‌باشد. افراد مبتلا در طی درمان و متعاقب آن اختلالات جسمی و عاطفی متعددی را تجربه می‌کنند. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم افسردگی کارکنان نظامی مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی به روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری و با دو گروه آزمایش و گروه کنترل انجام شد. ۶۰ نفر بیمار مبتلا به بیماری دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به یک بیمارستان نظامی با استفاده از مقیاس افسردگی DASS-21 و مصاحبه ساختار یافته (DSM-IV-TR) مورد ارزیابی قرار گرفتند. از بین شرکت کنندگانی که نمرات افسردگی آنان در این آزمون بالاتر از نقطه برش متوسط (۱۴ و به بالا) بود، ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) یا گروه در لیست انتظار درمان تقسیم شدند. تعداد ۸ جلسه مداخله پذیرش و تعهد درمانی (۲ جلسه انفرادی و ۶ جلسه به صورت گروهی) برای شرکت کنندگان در گروه آزمایش ارائه شد و جهت گروه کنترل در حین تحقیق هیچ گونه مداخله درمانی انجام نشد. داده‌ها از طریق تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر با استفاده از نرم افزار SPSS-22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که نمرات شرکت کنندگان گروه آزمایش در طی ۸ جلسه مداخله و پیگیری ۳ ماهه، کاهش معنی داری نسبت گروه کنترل داشتند ($p < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که درمان پذیرش و تعهد می‌تواند در کاهش شدت علائم افسردگی کارکنان مرد نظامی مبتلا به دیابت نوع ۲ مؤثر باشد.

کلمات کلیدی: اختلال افسردگی، درمان پذیرش و تعهد (ACT)، کارکنان مرد نظامی، دیابت نوع ۲

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، تهران، ایران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، (مؤلف مسئول)

bastam20@gmail.com

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

دانشکده پزشکی، گروه روان‌شناسی بالینی

۳. دکتری روانشناسی، تهران، ایران، دانشگاه علوم پزشکی

بقیه الله^(ع)، دانشکده پزشکی، گروه روان‌شناسی بالینی

۴. دانشیار، تهران، ایران، مرکز پژوهش و فن‌آوری

روانپزشکی نظامی و بحران، دانشگاه علوم پزشکی آجا

(سال هجدهم، شماره اول، بهار ۱۳۹۵، مسلسل ۵۴)

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۲/۲۵

فصلنامه علمی پژوهشی ابن سینا / اداره بهداشت، امداد و درمان نهجا

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۰/۱۵

مقدمه

دیابت بیماری مزمن سوخت و ساز غدد درون‌ریز بدن است که با عدم توانایی بدن برای سوخت و ساز مؤثر گلوکز همراه است. دیابت نوع ۱ و دیابت نوع ۲ شایع‌ترین نوع دیابت‌های است که نیاز به درمان طولانی مدت دارند. میزان وقوع دیابت نوع ۱ حدود ۰.۵٪ و میزان وقوع دیابت نوع ۲ حدود ۹.۵٪ می‌باشد. هر چند دیابت نوع ۱ و دیابت نوع ۲ پاتوفیزیولوژیک متفاوتی دارند اما علایم بالینی‌شان تا حدودی مشابه هم هستند. هزینه‌های پزشکی برای یک فرد مبتلا به دیابت به‌طور متوسط دو برابر بیشتر از یک فرد بدون بیماری دیابت است. میزان بیماری‌هایی که به علت دیابت در بیمارستان بستری هستند، نسبت به سایر بیماری‌ها ۴/۲ بیشتر می‌باشد. بالا بودن هزینه‌های بهداشتی و درمانی، همگی به بالا رفتن بار اقتصادی ناشی از این بیماری منجر شده است. نیمی از تمام افراد بالای ۶۵ سال که به دیابت مبتلا هستند، هر سال در بیمارستان‌ها بستری می‌شوند. کل هزینه‌هایی که برای این بیماری در تمام دنیا صرف می‌شود، بیش از ۱۷۴ میلیارد دلار در سال تخمین زده شده است. هزینه‌های برآورده شده هم شامل کل مراقبت‌های پزشکی است که به‌طور مستقیم برای این‌گونه بیماران صورت می‌گیرد و هم شامل هزینه‌هایی است که به علت ناتوانی ایجاد شده و یا مرگ زودرس ناشی از دیابت متقبل می‌گردد [۱]. در سال ۱۹۸۵ حدود ۳۰ میلیون نفر در سراسر جهان تحت تأثیر بیماری دیابت قرار گرفتند که در ۱۰ سال بعد، این تعداد به ۱۵۰ میلیون نفر افزایش یافت. در سال ۲۰۱۱ بیش از ۴/۶ میلیون مرگ و میر ناشی از بیماری دیابت در سراسر جهان اتفاق افتاده است. سازمان بهداشت جهانی هشدار داده که بیماری دیابت در سال ۲۰۲۵ بیش از ۳۰۰ میلیون نفر را تحت تأثیر قرار می‌دهد. با توجه به شیوع جهانی و افزایش مرگ و میر ناشی از بیماری دیابت، این بیماری با بیماری طاعون در قرن ۱۴ مقایسه شده است [۲]. مدیریت دیابت چیزی فراتر از کنترل فقط قند خون بوده و سلامت هیجانی فرد را نیز شامل می‌شود. گاهی اوقات مقابله با دیابت به یک چالش

غیر قابل حل تبدیل می‌شود. فرد مبتلا به دیابت ممکن است تحت فشار اقدامات مدیریتی بیماری قرار گیرد که این منجر به احساس ضعف، اضطراب، نگرانی، احساس گناه، درماندگی، شکست و احساس افسردگی در وی شود. افسردگی^۲ با بیماری دیابت همبندی^۳ دارد و اغلب با ضعف خود مراقبتی همراه بوده و عدم پایبندی به خود مراقبتی منجر به افزایش حملات هایپرگلیسمی^۴ و بروز عوارض ماکروواسکولار^۵ و مرگ و میر می‌شود. افسردگی در دیابت به سختی توسط متخصصین سلامت قابل تشخیص است، زیرا بسیاری از علائم شایع افسردگی با بیماران مبتلا به دیابت مانند خستگی، اختلالات خواب و تغییرات در اشتها و کاهش وزن مشترک هستند. سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۸ پیش بینی کرده که در سال ۲۰۳۰ افسردگی و دیابت به ترتیب اولین و دهمین علت مرگ و میر در جهان می‌باشند [۳]. در طی سالیان گذشته جنبه‌های روان شناختی دیابت، نظر بسیاری از متخصصان سلامت را به خود جلب کرده است، زیرا بیماری دیابت به‌عنوان یکی از پرزحمت‌ترین بیماری‌های مزمن از لحاظ هیجانی و رفتاری به شمار می‌آید. افراد مبتلا به دیابت، انواعی از استرس‌ها و تنش‌ها را تجربه می‌کنند که ممکن است از لحاظ تطابق با رژیم غذایی، تزریقات انسولین، آزمایشات مکرر خون، اختلال در عملکرد جنسی، محدود شدن در زندگی اجتماعی و شغلی و دیگر مشکلاتی که از بیماری و یا درمان آن ناشی می‌گردند [۴]. در مقایسه با بزرگسالان بدون دیابت، بزرگسالان مبتلا به دیابت نوع ۱ و نوع ۲ در معرض خطر بیشتری از ابتلا به افسردگی اساسی هستند [۵]. علائم افسردگی با ناتوانی بیشتری در افراد مبتلا به دیابت همراه است، این افراد علائم افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند، فعالیت‌های اجتماعی محدود و ناتوانی جسمی دارند، بنابراین به‌نظر می‌رسد که

2. Depression
3. Comorbidity
4. Hperglycemia
5. Macrovascular

آنچه انجام می‌شود. ACT نامش را از پیام اصلی‌اش می‌گیرد؛ آن چه خارج از کنترل شخصی‌ات است را بپذیر و به عملی که زندگی‌ات را غنی می‌سازد متعهد باش. هدف این رویکرد کمک به مراجع برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار است در عین پذیرش رنجی که زندگی ناچاراً با خود دارد [۱۰]. ACT از شش فرایند اصلی یعنی پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به‌عنوان زمینه، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه برای انعطاف‌پذیری روان شناختی استفاده می‌کند [۱۱]. چندین پژوهش و متاآنالیز از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش علائم افسردگی، اضطرابی، استرس و دردهای مزمن حمایت کرده است [۱۲]. نتایج پژوهش‌های قبلی نشان داد که استفاده از رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش علائم افسردگی می‌شود. در پژوهشی که توسط کاترین هالند اسمیت و همکاران^۱ صورت گرفت، نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مدیریت بیماری دیابت مؤثر است [۱۳]. سلامت نیروهای نظامی به‌عنوان یک گروه جمعیتی همواره مورد توجه بوده است و به دلیل عدم انتشار جامع اطلاعات آنها، یافته‌های کمی در مورد بررسی سلامت آنها وجود دارد. نیروهای نظامی به خاطر نوع مأموریت و فعالیت‌هایشان، استرس‌های جسمی و روانی مختلفی را متحمل می‌شوند و برای حفظ و ارتقای کارایی آنان، بررسی وضع سلامت از اهمیت خاصی برخوردار است. با توجه به اهمیت سلامت نیروهای نظامی و با وجود شیوع بالای دیابت در ایران و برابر بررسی و پایشی که در خردادماه سال ۱۳۸۹ در بین کارکنان نیروی زمینی ارتش صورت گرفته است، شیوع بیماری دیابت در بین این کارکنان ۱۲/۸٪ بوده است [۱۴]. مرور پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که تاکنون پژوهشی که علائم روان شناختی (افسردگی) را در بیماران نظامی مبتلا به دیابت نوع ۲ بررسی کرده باشد، انجام نشده است. در این راستا پژوهش حاضر با هدف بررسی

افسردگی عامل خطرسازی برای تشدید ناتوانی در افراد مبتلا به دیابت می‌باشد [۶، ۷]. مبتلایان به دیابت همیشه باید بر رژیم غذایی خود کنترل داشته باشند و وقتی هم دچار غمگینی و افسردگی هستند میل به پر خوری و پرنوشی پیدا می‌کنند که سبب می‌شود دیابت از کنترل خارج شود. بروز این بیماری در یکی از اعضای خانواده، کل سیستم خانواده را تحت فشار قرار می‌دهد و مستلزم سازش یافتگی بیمار و سایر اعضای خانواده با شرایط جدید است [۸]. در بین درمان‌های روان شناختی، الگوهای متنوعی در مورد درمان و کاهش علائم روان شناختی بیماری‌های مزمن به کار رفته است. درحال حاضر درمان‌های شناختی-رفتاری و به‌ویژه رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)^۱ به‌عنوان روش درمانی مؤثری برای درمان و کاهش علائم روان شناختی بیمارهای مزمن به کار رفته است [۹]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های موج سوم رفتار درمانی است که توسط استیون هیز^۲ و همکارانش از ابتدای دهه ۱۹۸۰ معرفی و با نام اختصاری ACT شناخته شده و ریشه در فلسفی عمیقی دارد که زمینه‌گرایی عملکردی^۳ خوانده می‌شود و به لحاظ نظری مبتنی بر نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی (RFT)^۴ است که چگونگی ایجاد رنج توسط ذهن انسان و روش‌های بی‌فایده مقابله با آن و نیز رویکردهای زمینه‌ای جایگزین برای این حوزه‌ها را تعیین می‌کند. ACT در اصل یک رفتار درمانی است، موضوع آن عمل است، اما نه هر عملی، بلکه عملی که اول ارزش محور باشد. این رویکرد درمانی به مراجع کمک می‌کند آنچه واقعاً برایش مهم است را بشناسد و سپس از او می‌خواهد از این ارزش‌ها برای هدایت تغییرات رفتاری در زندگی استفاده کند. دوم، عملی که ذهن آگاهانه باشد، عملی که با هوشیاری و حضور کامل انجام می‌شود، گشوده بودن نسبت به تجربه و مشارکت کامل در

1. Acceptance and Commitment Therapy
2. Hayes
3. Functional Contextualism
4. Relational Frame Theory

1. Katherine Hadland smyth

علاوه بر مبتلا بودن به دیابت نوع ۲، عبارت بودند از: دارا بودن علائم افسردگی با استفاده از پرسشنامه DASS-21 (گرفتن نمره ۱۴ به بالا)، داشتن حداقل سن ۳۰ سال و حداکثر ۵۵ سال، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم و معیارهای خروج شامل، استفاده از داروهای روان‌گران برای کاهش علائم اضطراب و افسردگی، عدم پایبندی به انجام تکالیف بود. ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه، پرسشنامه مشخصات فردی، پرسشنامه DASS-21 مقیاس (افسردگی) بود. پرسشنامه به دلیل تأثیرگذار بودن عوامل زمینه‌ای و خصوصیات زیست‌شناختی بر حالات خلقی و کیفیت زندگی مددجویان تهیه شد. این پرسشنامه حاوی سؤالاتی مشتمل بر سن، تحصیلات، کیفیت زندگی، وضعیت اقتصادی، سن ابتلا به بیماری دیابت، درمان‌های انجام شده تا به حال، مصرف الکل و سیگار توسط درمانجو بود. مقیاس DASS-21 توسط لایبوند و لایبوند^۱، (۱۹۹۵) مجموعه‌ای از سه مقیاس خود گزارش‌دهی برای ارزیابی حالات عاطفه منفی در افسردگی، اضطراب و استرس است [۱۵]. کاربرد مهم این مقیاس اندازه‌گیری شدت نشانه‌های اصلی افسردگی، اضطراب و استرس است. برای تکمیل پرسشنامه فرد باید وضعیت یک نشانه را در طول هفته گذشته مشخص کند. این مقیاس می‌تواند مقایسه‌ای از شدت علائم را در طول هفته‌های مختلف فراهم کند. می‌توان از آن برای ارزیابی پیشرفت در طول زمان استفاده کرد. مقیاس افسردگی، احساس بی‌قراری و ملامت، ناامیدی، بی‌ارزش سازی زندگی، خود نارضایتی، فقدان علاقه/گرفتاری، بی‌لذتی و بی‌حرکتی را ارزیابی می‌کند. مقیاس افسردگی دارای ۷ سؤال است که هر سؤال از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود [۱۶]. برای گروه آزمایش جلسات درمان بعد از اجرای پیش‌آزمون به منزله اندازه‌گیری‌های اثرات مداخله به صورت اجمالی به شرح زیر بود: جلسه اول، آشنایی با بیمار و بیان مشکلاتش، فهرست

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش شدت علائم افسردگی در بیماران نظامی مرد مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی به روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری و با دو گروه آزمایش و گروه کنترل انجام شد. از بین ۶۰ نفر بیماران مبتلا به بیماری دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به بیمارستان هاجر(س) مقیاس DASS-21^۲ (افسردگی) و مصاحبه ساختار یافته DSM-IV-TR^۳ به عمل آمد. شرکت کنندگانی که نمرات افسردگی آنان در این آزمون بالاتر از نقطه برش متوسط (۱۴ و به بالا) بودند تعداد ۳۰ نفر به صورت تصادفی در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر یا گروه در لیست انتظار درمان) تقسیم شدند. تعداد ۸ جلسه مداخله پذیرش و تعهد درمانی (۲ جلسه انفرادی و ۶ جلسه به صورت گروهی) برای شرکت کنندگان در گروه آزمایش ارائه شد و جهت گروه کنترل (گروه در لیست انتظار درمان) در حین تحقیق هیچ‌گونه مداخله درمانی انجام نشد ولی بعد از ثبت نتایج و با توجه به ملاحظات اخلاقی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای این گروه نیز اجرا شد. داده‌ها از طریق تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به منظور ملاحظات اخلاقی پژوهش، قبل از توزیع پرسشنامه‌ها توضیحات مختصری درباره پرسشنامه به بیماران داده شد و در شروع تکمیل پرسشنامه به مراجعان گفته شد این کار صرفاً جنبه تحقیقاتی دارد و به آنها اطمینان خاطر داده شد که پاسخ‌ها محرمانه خواهد بود. در این پژوهش، روش درمانی پذیرش و تعهد به عنوان متغیر مستقل و افسردگی به عنوان متغیر وابسته می‌باشند. معیارهای شمول برای ورود به پژوهش

2. Depression Anxiety Stress Scale

3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

1. P.F. Lovibond & S.H. Lovibond

جدول ۱ - نتیجه آزمون لون در متغیر وابسته افسردگی

مراحل آزمون	F	df1	df2	مقدار p
پیش‌آزمون DASS-21	۰/۳۶۳	۱	۲۷	۰/۵۵۲
پس‌آزمون DASS-21	۴/۰۱۷	۱	۲۷	۰/۰۵۵
پیگیری ۳ ماهه DASS-21	۶/۴۶۱	۱	۲۷	۰/۰۱۷

لیسانس (۱۳٪) و در گروه کنترل ۱۲ نفر دارای مدرک تحصیلی دیپلم (۸۰٪)، ۲ نفر فوق دیپلم (۱۳٪) و ۱ نفر لیسانس (۷٪) بودند. قبل از اجرای روش آماری تحلیل واریانس مکرر، لازم است که پیش فرض‌های این آزمون مورد بررسی قرار گیرد. یکی از این پیش فرض‌ها برابری واریانس نمرات گروه‌ها در سه دوره زمانی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه است که با آزمون لون بررسی می‌شود.

همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد، نتایج این آزمون معنادار نبود که حاکی از عدم تفاوت معنادار واریانس گروه‌ها می‌باشد و به عبارت دیگر این پیش فرض رعایت شده است. گرچه در پیگیری سه ماهه، نتایج این آزمون معنادار شده است، با توجه به اینکه حجم دو گروه تقریباً برابر است، تهدیدی برای تحلیل به حساب نمی‌آید. پیش فرض دیگر این است که واریانس تفاوت بین همه ترکیب‌های مربوط به گروه‌ها (کروی بودن) باید یکسان باشد. که این شرط با آزمون کروییت ماچلی^۱ سنجیده شد که معنادار نبود (سطح معناداری ۰/۹۲۹) 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 شرکت‌کنندگان در طی زمان ($F=۴۹/۹۵۹$) و $p=۰/۰۰۱$ با اندازه اثر ۰/۶۴۹ و همچنین تعامل زمان و گروه برای این متغیر ($F=۳۴/۹۳۶$ و $p=۰/۰۰۱$) با اندازه اثر ۰/۵۶۴ معنادار است.

کردن تمام درمان‌های قبلی، انتظاراتشان از درمان، شرح اصول اخلاقی و رازداری، اخذ رضایت‌نامه کتبی شرکت در پژوهش و معرفی رویکرد درمانی پذیرش و تعهد، در جلسه دوم، ارتباط دادن میان درد، بیماری و خلق، معرفی درماندگی خلاق، مطرح کردن مفهوم ارزش‌ها و بیان استعاره‌هایی مانند تقلا در جنگ با هیولا، گودال، در جلسه سوم، پرداختن به پذیرش درد مزمن، آموزش رابطه بین خلق و خوی و رفتار با استفاده از نمونه‌هایی از زندگی بیمار و انجام تکالیفی مانند یادداشت تجارب روزانه، در جلسه چهارم، تمایز میان ارزش‌ها و اهداف، شفاف‌سازی ارزش‌ها، معرفی مفهوم گسلش از افکار و احساسات افسرده ساز، بیان استعاره برگ‌های شناور بر روی نهر آب، در جلسه پنجم، مرور تکالیف و یکنواخت کردن فعالیت‌ها، تمرین ذهن آگاهی، تمایز خود مشاهده‌گر و خود مفهوم سازی شده، در جلسه ششم، تصریح ارزش‌ها در مقابل عدم صراحت ارزش‌ها، بیان استعاره تشییع جنازه، در جلسه هفتم، عمل متعهدانه در مقابل منفعل بودن، انجام تکالیف با توجه به ویژگی فعال‌سازی رفتاری در قالب متعهد کردن درمانجو به فعالیت‌های خاص که توسط اهداف و ارزش‌های بزرگتر مشخص شده و در جلسه هشتم، شفاف‌سازی ارزش‌ها، آموزش به درمانجو که خودش یک درمانگر باشد و به‌منظور به حداکثر رساندن این احتمال که درمانجو مهارت‌های آموخته شده در درمان را پس از اتمام درمان به کار ببندد، پرداختن به نگرانی‌های درمانجو در مورد خاتمه درمان و ایجاد آمادگی برای مقابله با شکست‌های احتمالی بعد از خاتمه درمان انجام شد.

یافته‌ها

نتایج یافته‌های توصیفی نشان داد که میانگین سنی گروه آزمایش ۴۶/۳۳ و در گروه کنترل ۴۵/۶۶ بودند. وضعیت تأهل در گروه آزمایش ۱ نفر مجرد (۷٪) و ۱۴ نفر متأهل (۹۳٪) و در گروه کنترل (گروه در لیست انتظار درمان) ۲ نفر مجرد (۱۳٪) و ۱۳ نفر متأهل (۸۷٪) بودند. در گروه آزمایش، ۱۰ نفر دارای مدرک تحصیلی دیپلم (۶۷٪)، ۳ نفر فوق دیپلم (۲۰٪) و ۲ نفر

1. Mauchly's sphericity test

جدول ۲- کمینه، بیشینه، میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی در آزمون (DASS-21) به تفکیک گروه‌ها

گروه	تعداد	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۱۵	۱۴	۱۹	۱۶/۶۶	۱/۲۹۰
پیش آزمون	۱۴	۹	۱۲	۱۱	۰/۸۷۷
پیگیری ۳ ماهه	۱۴	۱۱	۱۴	۱۲/۷۱	۰/۹۱۳
لیست انتظار	۱۵	۱۵	۱۹	۱۶/۸۰	۱/۲۰۷
پس آزمون	۱۵	۱۳	۱۸	۱۶/۲۰	۱/۴۷۳
پیگیری ۳ ماهه	۱۵	۱۴	۱۹	۱۶/۶۶	۱/۶۳۲

جدول ۳- نتایج آزمون تعقیبی بون فرنی برای گروه آزمایش و کنترل در متغیر افسردگی

گروه	زمان	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	مقدار p
آزمایش				
پیش آزمون × پس آزمون		۵/۸۵۷	۰/۲۷۵	۰/۰۰۱
پیش آزمون × پیگیری		۴/۱۴۳	۰/۳۹۰	۰/۰۰۱
پس آزمون × پیگیری		-۱/۷۱۴	۰/۳۸۴	۰/۰۰۲
لیست انتظار				
پیش آزمون × پس آزمون		۰/۶۰۰	۰/۵۸۴	۰/۹۶۵
پیش آزمون × پیگیری		۰/۱۳۳	۰/۵۴۲	۱/۰۰۰
پس آزمون × پیگیری		-۰/۴۶۷	۰/۴۹۶	۱/۰۰۰

است و این درحالی است که تفاوت نمرات آزمون افسردگی در هیچ یک از مراحل در گروه کنترل معنادار نبوده است. لذا تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش شدت علائم بیماران دیابتی که در گروه آزمایش قرار داشتند تأیید شد.

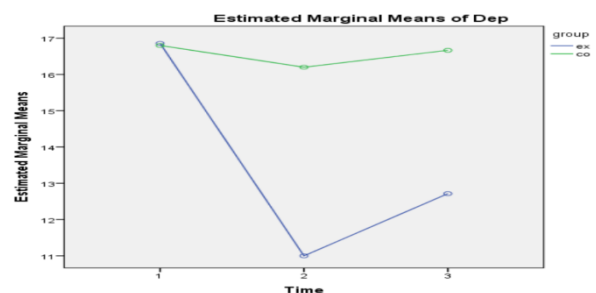
بحث و نتیجه گیری

امروزه تأثیر مثبت مداخلات روان شناختی در روند بهبود و کاهش علائم روان شناختی در بیماری‌های مزمن جسمی مورد تأیید قرار گرفته است [۱۷، ۱۸]. نتایج این پژوهش نشان داد که مداخله درمانی پذیرش و تعهد، در کاهش میزان علائم افسردگی در بیماران نظامی مبتلا به دیابت نوع ۲ مؤثر است. نمرات پس آزمون، میزان افسردگی و تأثیر روش درمانی (ACT) بر کاهش شدت علائم افسردگی را تأیید می‌کند. نتایج پژوهش انجام شده با پژوهش‌های پیشین فردریک^۱ و همکاران [۱۹]، رابرت زتل^۲ [۲۰]، داگلاس و هیز^۳ [۲۱]، وایتبرد^۴ و همکاران [۲۲] همسو می‌باشد. همچنین در پژوهشی که توسط مجتبابی و همکاران [۲۳] در خصوص اثر بخشی رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد جهت کاهش علائم افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، در دانشگاه تهران انجام پذیرفته است، نتایج این پژوهش نشان داد که بین گروه آزمایش و گروه کنترل در مورد متغیر افسردگی اختلاف

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌گردد میانگین کل نمرات متغیر افسردگی DASS-21 گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون برابر ۱۶/۶۶ است که پس از مداخله به ۱۱ کاهش می‌یابد. این در حالی است که نمره گروه کنترل در پیش آزمون ۱۶/۸۰ بوده و در پس آزمون ۱۶/۲۰ تغییر چندانی نداشته است. در نهایت میانگین کل نمرات افسردگی در گروه آزمایش در مرحله پیگیری سه ماهه برابر ۱۲/۷۱ و در گروه کنترل ۱۶/۶۶ می‌باشد. تغییرات نمرات آزمون متغیر وابسته در سه زمان پیش آزمون (۱)، پس آزمون (۲) و پیگیری (۳) در نمودار ۱ به خوبی مشهود است.

به منظور بررسی معناداری تفاوت‌های مشاهده شده متغیر افسردگی در هریک از گروه‌ها، نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است.

اطلاعات جدول ۳ نشان می‌دهد در گروه آزمایش، تفاوت نمرات آزمون افسردگی بین پیش آزمون و پس آزمون و پیش آزمون و پیگیری معنادار بوده ($p < 0.005$) و به عبارت دیگر، نمرات افسردگی پس از مداخله، به طرز معناداری کاهش یافته



نمودار ۱ - تغییرات متغیر افسردگی در طی مراحل مختلف آزمون برای دو گروه آزمایش و کنترل

¹ Fredrik

² Robert D Zettle

³ Douglas M. Long & Steven C. Hayes

⁴ Whitebird

معناداری وجود داشت. افسردگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور معنی داری پایین بود.

در تبیین این یافته باید گفت که راهبردهای کنترل عاطفی، انجام تمرین‌های تعهد رفتاری، شفاف سازی ارزش‌ها، تکنیک‌های شناسایی رفتارهای مبتنی بر ارزش‌ها به همراه بیان استعاره‌ها، گسلش و پذیرش همگی منجر به کاهش علائم افسردگی شدند. هدف این مطالعه کمک به بیماران بود تا افکار و احساساتشان را بپذیرند و نسبت به تغییرات به وجود آمده متعهد باشند. در این درمان به بیماران کمک می‌کنیم تا افکار آزردهنده‌شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است قدم بردارند. در ACT هدف، داشتن یک زندگی سالم به همراه احساس بسیار خوب نیست، بلکه هدف این است که هم احساس خوب و هم زندگی خوبی را داشته باشیم. بدین معنا که اگر افراد همان طور که هیجانان خود را تجربه می‌کنند، وقتی شرایط باعث ایجاد احساس بد می‌شوند و هیجانان بد را تجربه می‌کنند از نظر روان شناختی سالم می‌باشند. وقتی تفسیرهای افراد در مورد پیامدهای احساسی‌شان بر آنها غالب می‌شود، توانایی حفظ خود در برابر آن احساسات را نخواهند داشت و برعکس، وقتی هیجانان فقط یک احساس باشند می‌توانند معنای واقعی خودشان را داشته باشند یا به عبارت دیگر احساسات کمی از گذشته آنها را به زمان حال می‌آورند. در واقع فرایندهای مرکزی ACT به افراد آموزش می‌دهد، چگونه عقیده بازداری فکر را رها کنند، از افکار آزردهنده رهایی یابند، به جای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت نمایند و رویدادها را به جای کنترل، بپذیرند. بنابراین، هدف درمان پذیرش و تعهد جایگزینی برای چهار عامل انعطاف‌ناپذیری روان شناختی (آمیختگی، ارزشیابی، اجتناب و دلیل آوری) می‌باشد که این جایگزینی‌ها عبارتند از:

۱- پذیرش، یعنی فرد تجارب درونی ناخواسته و نیز رویدادهای بیرونی غیر قابل تغییر را همان طور که هست، نه

آن گونه که نشان می‌دهند بپذیرد. مثلاً پذیرش فکر (جذاب نیستیم) فقط به عنوان یک فکر نه چیزی که آن فکر می‌گوید (بی‌ارزشی).

۲- انتخاب، یعنی فرد به جای پرداختن به رویدادهای منفی، جهت‌ها و اهداف مهم و ارزشمند را در زندگی انتخاب کند.

۳- عمل، یعنی پس از انتخاب اهداف، فرد نسبت به حرکت در راستای آنها متعهد باشد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این نکته اشاره کرد که شدت و مدت علائم بیماری دیابت نوع ۲، کنترل نشده بود و پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات آینده مدنظر قرار گیرد. همچنین با توجه به اثربخشی این مداخله بر روی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ پیشنهاد می‌گردد به منظور تأیید نتایج این پژوهش، اثربخشی این مداخله درمانی در کاهش علائم روان شناختی در سایر اختلالات و بیماری‌های مزمن دیگر نیز بررسی و مقایسه شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از ریاست محترم بیمارستان هاجر (س)، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران و کلیه بیماران دیابتی شرکت کننده در پژوهش کمال تقدیر و تشکر را داریم.

References

1. Brunner LS, Smeltzer SCOC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
2. Mustapha WA. The impact and management of diabetes among the Lebanese community in Sydney. [PhD. thesis]. Sydney: Faculty of Health Sciences, University of Sydney; 2014.
3. Hann KE, McCracken LM. A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy. *Journal of contextual behavioral science*. 2014;3(4):217-227.
4. Lustman PJ, Freedland KE, Griffith LS, Clouse RE. Predicting response to cognitive behavior therapy of depression in type 2 diabetes. *General hospital psychiatry*. 1998;20(5):302-306.
5. Chagh R, Manoudi F, Benhima I, Asri F, Tazi I. Association between diabetes and depression. *European Psychiatry*. 2008;23(2):S245.
6. Deschenes SS, Burns RJ, Schmitz N. Associations between diabetes, major depressive disorder and generalized anxiety disorder comorbidity, and disability: findings from the 2012 Canadian Community Health Survey--Mental Health (CCHS-MH). *Journal of psychosomatic research*. 2015;78(2):137-142.
7. Unden AL, Elofsson S, Andreasson A, Hillered E, Eriksson I, Brismar K. Gender differences in self-rated health, quality of life, quality of care, and metabolic control in patients with diabetes. *Gender medicine*. 2008;5(2):162-180.
8. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
9. McCracken LM, Vowles KE. Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: model, process, and progress. *The American psychologist*. 2014;69(2):178-187.
10. Izadi R, Abedi M. Acceptance and commitment therapy. Tehran: Jungle; 2013. [Persian]
11. 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.
12. Alonso-Fernandez M, Lopez-Lopez A, Losada A, Gonzalez JL, Wetherell JL. Acceptance and commitment therapy and selective optimization with compensation for institutionalized older people with chronic pain. *Pain medicine*. 2015.
13. Hadlandsmyth K, White KS, Nesin AE, Greco LA. Proposing an acceptance and commitment therapy intervention to promote improved diabetes management in adolescents: A treatment conceptualization. *International journal of behavioral consultation and therapy*. 2013;7(4):12-15.
14. Abdi S. screening and examining the relationship between kidney disease and risk factors (occupational and non-occupational) in the diabetic military with more than 45 years old who recently discovered their disease. [MSc. of thesis]. Tehran, Aja university of medical science; 2008. [Persian]
15. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*. 1995;33(3):335-343.
16. Fathi - Ashtiani A, Dastani M. Psychological tests: personality and mental health. Tehran: Besat; 2009. [Persian]
17. Lechner SC, Antoni MH, Lydston D, LaPerriere A, Ishii M, Devieux J, et al. Cognitive-behavioral interventions improve quality of life in women with AIDS. *Journal of psychosomatic research*. 2003;54(3):253-261.
18. Shapiro SL, Astin JA, Bishop SR, Cordova M. Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *International journal of stress management*. 2005;12(2):164-176.
19. 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.
20. Zettle RD. Acceptance and commitment therapy for depression. *Current opinion in psychology*. 2015;2:65-69.
21. Long DM, Hayes SC. Acceptance, mindfulness, and cognitive reappraisal as longitudinal predictors of depression and quality of life in educators. *Journal of contextual behavioral science*. 2014;3(1):38-44.
22. Whitebird RR, Kreitzer MJ, O'Connor PJ. Mindfulness-Based Stress Reduction and Diabetes. *Diabetes spectrum : a publication of the American Diabetes Association*. 2009;22(4):226-230.
23. Mojtabaie M, Fadaei Golsefidi F. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce the symptoms of depression in type II diabetic patients. *Indian journal of fundamental and applied life sciences*. 2014;4(2):717-723.

Effectiveness of treatment acceptance and commitment therapy (ACT) on the reduction of depressive symptoms of military personnel with type 2 diabetes mellitus

*Bastami M¹, Goodarzi N², Dowran B³, Taghva A⁴

Abstract

Background: Diabetes is a widespread and progressive disease. Patients experience different emotional and physical disorders during treatment and after it. The aim of this study was to investigate the effectiveness of treatment ACT on the reduction of depressive symptoms of military personnel with type 2 diabetes.

Materials and methods: This quasi-experimental clinical trial was conducted between control and experimental groups by proposing pre-test, post-test, and follow-up. Totally, 60 patients with type 2 diabetes who went to a military hospital were evaluated using the DASS-21 depression scale and structured interview (DSM-IV-TR). Among the participants that their depression scores in this test were higher than cut-off point average (≥ 14), 30 individuals were selected randomly and divided into two groups: experimental (n=15) and control group (n=15). Eight sessions of intervention of ACT were held (two individual sessions and six group sessions) for experimental group and no clinical intervention was performed for control group during the study. In order to analysis of data, analysis of variance with repeated measurements was performed using SPSS-22 software.

Results: Our findings showed that during eight sessions of intervention and three-month follow-up, scores of the experimental group had a significant reduction than the control group ($p < 0.05$).

Conclusion: The results of this research showed that ACT can be effective on decreasing depressive symptoms of military personnel with type 2 diabetes.

Keywords: Depressive Disorders, Acceptance and Commitment Therapy, Military Personnel, Type 2 Diabetes

1. MSc in clinical psychology, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran (* Corresponding author) bastam20@gmail.com

2. Assistant professor, Department of clinical psychology, Faculty of medicine, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. PhD in psychology, Clinical Psychology Department, Medical Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4. Associate Professor, Disaster and military psychiatry research center, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran