

تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب بیماران دیابتی نوع یک

تینا محمدی^۱، *امیر محسن راه‌نجات^۲، علی اسماعیلی^۳، ارسیا تقوایی^۴، حسن شاهمیری^۵، پرویز دباغی^۶

چکیده

مقدمه: دیابت یک بیماری شایع، بدخیم و پیشرونده است. افراد مبتلا در طی درمان و متعاقب آن اختلالات جسمی و روانی متعددی را تجربه می‌کنند. تحقیق حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب بیماران دیابتی نوع یک انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون، با دو گروه آزمایش و گروه کنترل در انتظار درمان انجام شد که پس از تکمیل پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) تعداد ۲۰ نفر که دارای ملاک‌های ورود به پژوهش بودند به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و گروه کنترل در انتظار درمان (۱۰ نفر) تقسیم شدند. تعداد ۸ جلسه مداخله پذیرش و تعهد درمانی به صورت انفرادی برای شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ارائه شد و برای گروه کنترل در انتظار درمان در حین تحقیق هیچ‌گونه مداخله درمانی انجام نشد. داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج تحلیل یافته‌ها نشان داد که مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش علائم افسردگی و اضطراب در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در انتظار درمان در سطح ۰/۰۱ شد. به طوری که نمرات شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، کاهش معناداری نسبت به گروه کنترل در انتظار درمان داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پذیرش می‌تواند در کاهش علائم افسردگی و اضطراب بیماران دیابتی نوع یک مؤثر باشد.

کلمات کلیدی: افسردگی، اضطراب، دیابت نوع یک، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

مقدمه

دیابت^۱ یکی از بیماری‌های شایع در ایران و جهان است که مزمن، پیشرونده و پرهزینه است و عوارض متعددی ایجاد می‌کند. این بیماری که یکی از چالش‌های عمده بهداشتی است، به صورت گسترده زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار داده و موجب بیماری‌های جسمانی متعددی از جمله، بیماری‌های کلیه، شبکه و قلب می‌شود [۱]. همچنین این بیماری به خودی خود فشارهای روانی زیادی برای افراد مبتلا دارد، زیرا این افراد باید برای تمام عمر با آن کنار بیایند. فشارهای روانی مداوم، منجر به اختلالات روانی گوناگون منجمله اختلال سازگاری^۲، اختلالات افسردگی^۳ و اختلالات اضطرابی^۴ می‌شوند. نتایج مطالعه صادقی موحد و همکاران [۲] نشان داد ۵۴٪ از افراد مبتلا به دیابت، مشکوک به اختلال روانی هستند.

طبق پژوهش‌های گوناگون اختلالات افسردگی، همبودی بالایی با بیماری دیابت دارند به طوری که میزان شیوع آن در بیماران دیابتی بیشتر از جمعیت عمومی بوده و حدود ۳۳٪ تخمین زده می‌شود [۳، ۴]. اگرچه اکثر بیماری‌های جسمی مزمن با افزایش شیوع افسردگی همراه هستند اما در مورد بیماران دیابتی این مسئله سه برابر شایع‌تر است [۵]. اختلالات اضطرابی نیز با میزان شیوع ۴۱/۷٪ از دیگر اختلالات روانی شایع در بیماران دیابتی است [۶]. شایع‌ترین نوع اختلال اضطرابی در این نوع بیماران، اضطراب تعمیم یافته است که در ۱۴٪ بیماران دیابتی دیده می‌شود. هر چند میزان شیوع علائم اضطرابی در بین بیماران دیابتی نوع یک و دو تفاوتی نداشته، ولی در زنان شایع‌تر از مردان است [۷]. بنابراین انجام مداخلات روانشناختی می‌تواند نقش مهمی روی کاهش اضطراب و افسردگی مبتلایان به دیابت نوع یک داشته باشد.

یکی از این نوع مداخلات که در چند سال اخیر، اثربخشی آن بر کاهش مشکلات روانی همراه با انواع بیماری دیابت به اثبات رسیده است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)^۵ است. بر اساس پژوهش‌های گوناگون مشخص شده که این درمان، تأثیر مثبتی بر کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب بیماران دیابتی دارد [۸-۱۰]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از رویکردهای موج سوم نظریه شناختی رفتاری و مبتنی بر شواهد است که راهبردهای پذیرش و توجه آگاهی را به شیوه‌های مختلفی با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار در می‌آمیزد و بر تغییر رابطه مراجع با تجارب درونی و اجتناب‌هایش تأکید دارد [۱۱]. این رویکرد در حوزه‌های قابل کنترل، بر تغییر رفتار و در حوزه‌هایی که تغییر امکان‌پذیر نیست بر پذیرش و ذهن‌آگاهی^۶ و ایجاد و حفظ معنای زندگی متمرکز است [۱۲، ۱۳]. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد تغییر مستقیم در مراجع نیست، بلکه هدف آن کمک به مراجع است تا بتواند به روش متفاوتی با تجارب خویش رابطه برقرار کند و بتواند به طور کامل با زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش درگیر شود [۱۴]. با توجه به اینکه سطوح پایین سلامت روان و وجود نشانه‌های اختلالات افسردگی و اضطراب در افراد مبتلا به دیابت با افزایش استفاده از خدمات مراقبتی - درمانی و صرف هزینه‌های درمانی بالا ارتباط دارد [۱۵] و از طرفی با عنایت به اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب در بیماری‌های جسمانی مزمن و اینکه پژوهش‌های انجام شده در گذشته فقط در زمینه بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب شرکت‌کنندگان مبتلا به دیابت نوع ۲ [۱۶] بوده است؛ ضرورت انجام پژوهش در زمینه اثربخشی این درمان روی کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب بیماران دیابتی نوع یک، محسوس و مورد نیاز بود. لذا این پژوهش با

5. Acceptance and Commitment Therapy
6. Mindfulness

1. Diabetes
2. Adjustment Disorder
3. Depressive Disorders
4. Anxiety Disorders

شرکت هم‌زمان در سایر برنامه‌های درمانی و آموزشی؛ سن کمتر از ۵۰ سال و بیشتر از ۲۰ سال بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل نداشتن ملاک‌های ورود بود.

در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و تحلیل کوواریانس تک متغیری^۳ استفاده شد. لازم به ذکر است که تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ انجام شد.

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس^۴ DASS-21 شامل ۲۱ گویه است که این عبارات مرتبط با علایم عواطف منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) است. خرده‌مقیاس افسردگی شامل عباراتی است که خلق ناشاد، فقدان اعتماد به نفس، ناامیدی، بی‌ارزش بودن زندگی، فقدان علاقه برای درگیری در امور، عدم لذت بردن از زندگی و فقدان انرژی و قدرت را می‌سنجد. خرده‌مقیاس اضطراب دارای عباراتی است که می‌کوشد تا بیش‌انگیزگی فیزیولوژیک، ترس‌ها و اضطراب موقعیتی را مورد ارزیابی قرار دهند و خرده‌مقیاس استرس عباراتی چون دشواری در دستیابی به آرامش، تنش عصبی، تحریک‌پذیری و بی‌قراری را در بر می‌گیرد.

هر یک از خرده‌مقیاس‌های DASS-21 شامل ۷ سؤال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سؤال‌های مربوط به آن به دست می‌آید (جدول ۱). هر سؤال از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود. از آنجا که این پرسشنامه فرم کوتاه شده مقیاس اصلی (۴۲ سؤال) است، نمره نهایی هر یک از خرده‌مقیاس‌ها باید ۲ برابر شود. سپس با مراجعه به جدول می‌توان شدت علایم را مشخص کرد [۱۷].

هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب بیماران دیابتی نوع یک انجام شد.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی^۱ بود که به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل در انتظار درمان^۲ انجام شد. هر گروه در دو زمان مورد مشاهده یا اندازه‌گیری قرار گرفتند. نخستین اندازه‌گیری با اجرای پیش‌آزمون و دومین اندازه‌گیری با اجرای پس‌آزمون صورت گرفت. در این طرح، گروه اول کاربندی آزمایشی یعنی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرد و گروه دوم، گروه کنترل در انتظار درمان هیچ نوع روان‌درمانی را دریافت نکرد. جامعه مورد مطالعه در پژوهش حاضر شامل افراد مبتلا به دیابت نوع یک مراجعه‌کننده به یکی از بیمارستان‌های نیروهای نظامی در سال ۱۳۹۶ بودند که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. حجم نمونه در پژوهش حاضر با استفاده از فرمول کوکران با احتساب $d=1/2$ ، $n=10$ نفر برای هر گروه برآورد شد.

تعداد ۴۲ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع یک، از طریق پخش تراکت در یکی از بیمارستان‌های نیروهای نظامی، آمادگی خودشان را برای شرکت در پژوهش مذکور اعلام نمودند. نهایتاً تعداد ۲۰ نفر از داوطلبین که دارای ملاک‌های ورود به پژوهش بودند، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و گروه کنترل در انتظار درمان (۱۰ نفر) تقسیم شدند. ملاک‌های ورود به این مطالعه، شامل ابتلاء به دیابت نوع یک، تمایل و رضایت کامل جهت شرکت در پژوهش و طی نمودن دوره درمان، اخذ ملاک‌های تشخیصی اضطراب و افسردگی با توجه به پرسشنامه اضطراب، افسردگی و استرس (DASS-21) و مصاحبه بالینی، تحصیلات دیپلم به بالا؛ عدم

3. Analyze of Covariance
4. Depression Anxiety Stress Scales-DASS-21

1. Quasi-experimental
2. control group waited

جدول ۱- شدت هر یک از خرده مقیاس‌ها

شدت	افسردگی	اضطراب	استرس
عادی	۰-۹	۰-۷	۰-۱۴
خفیف	۱۰-۱۳	۸-۹	۱۵-۱۸
متوسط	۱۴-۲۰	۱۰-۱۴	۱۹-۲۵
شدید	۲۱-۲۷	۱۵-۱۹	۲۶-۳۳
بسیار شدید	+۲۸	+۲۰	+۳۳

انگیزه، افکار، احساسات؛ خود به عنوان زمینه در مقابل خود مفهوم‌سازی شده؛ ۶) جلسه ششم: تصریح ارزش‌ها در مقابل عدم صراحت ارزش‌ها؛ ۷) جلسه هفتم: عمل متعهدانه در مقابل منفعل بودن، تعهد در مقابل موانع، ذهن‌آگاهی؛ و ۸) جلسه هشتم: شفاف‌سازی ارزش (تقویت شناسایی ارزش‌ها به شیوه‌ای غیراجتنابی و غیردفاعی: خاتمه درمان)

یافته‌ها

نتایج تحلیل داده‌های جمعیت شناختی پژوهش نشان داد که در گروه آزمایش فراوانی زنان (۶۰٪) بیشتر از مردان بود. در گروه کنترل در انتظار درمان فراوانی مردان و زنان برابر بود. از نظر سن در گروه آزمایش، بیشترین تعداد در رده سنی ۴۱-۴۵ سال تعداد ۳ نفر (۳۰٪) در گروه کنترل، بیشترین تعداد در رده سنی ۴۱-۴۵ سال به تعداد ۴ نفر (۴۰٪) را به خود اختصاص داده بودند. همچنین نتایج نشان داد که در گروه آزمایش و کنترل در انتظار درمان بیشترین میزان تحصیلات مربوط به مقطع تحصیلی دیپلم و لیسانس بود که برای هر یک ۴ نفر (۴۰٪) در هر دو گروه بود.

در این پژوهش قبل استفاده از تحلیل کوواریانس، جهت بررسی داده‌های پژوهش و مقایسه گروه‌ها در افسردگی و اضطراب، پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس بررسی شد که نتایج نشان داد، با توجه به بالا بودن سطوح معناداری در آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو ویلک، از مقدار بحرانی ۰/۰۵، فرضیه صفر مبتنی بر نرمال بودن توزیع متغیرهای افسردگی و اضطراب در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تأیید شد. همچنین آزمون لوین برای بررسی همسانی واریانس‌های دو گروه استفاده شد. نتایج آزمون لوین با توجه به سطح معناداری بالاتر از ۰/۰۵ بیانگر آن بود که گروه‌ها در هر دو متغیر افسردگی و اضطراب از همسانی یکسانی برخوردار بودند و مقدار F تعامل متغیر مستقل و همپراش به ترتیب برای متغیر افسردگی و اضطراب به ترتیب ۳/۳۳۱ و

در پژوهشی روی یک نمونه بزرگ ۷۱۷ نفری از دانشجویان، محققان نشان دادند که این ابزار با مقیاس افسردگی بک همبستگی بالایی دارد [۱۸]. در ایران نیز توسط مرادی پناه آلفای کرونباخ در حیطه افسردگی ۹۴٪، اضطراب ۹۲٪ و استرس ۸۲٪ گزارش گردیده است [۱۹]. این آزمون از جهت تفکیک یا تشخیص افتراقی افسردگی از اضطراب ابزار مناسبی است. همچنین به دلیل عدم وجود آیتم‌های سوماتیک در ارزیابی افسردگی از بیش برآوردگی افسردگی در بیماران مختلف جلوگیری می‌کند، مسئله‌ای که در آزمون‌های قبلی ارزیابی افسردگی بسیار چشمگیر بوده است [۲۰].

با استفاده از پرسشنامه جمعیت‌شناختی محقق ساخته مواردی چون سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، جنسیت، سابقه بیماری‌های قبلی، سابقه دیابت، نوع دیابت، سابقه بیماری در خانواده، سابقه بستری شدن، مصرف دارو، سابقه مشاوره و آموزش‌های روان‌شناختی ثبت شد.

مجموعه جلسات درمانی بر گرفته از پروتکل و کتابچه رابرت زیتل^۱ (۱۹۸۹) برای افسردگی و اضطراب و کتاب زندگی با درد مزمن و راهنمای درمانگر و کتاب کار بود. این برنامه طی ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به شرح ذیل تنظیم شد [۲۱]:

۱) جلسه اول: آشنایی گروه؛ ۲) جلسه دوم: تغییر رفتار و ذهن‌آگاهی، تعیین دستور جلسه تغییرات با استفاده از پذیرش در مقابل اجتناب (تمرین ناامیدی خلاق)؛ ۳) جلسه سوم: یادگیری زندگی با درد مزمن، ارتباط با زمان حال در مقابل غلبه بر گذشته و آینده مفهوم‌سازی شده؛ ۴) جلسه چهارم: شفاف‌سازی ارزش‌ها و اهداف؛ گسلس در مقابل آمیختگی؛ ۵) جلسه پنجم:

1. Robert Zettle

جدول ۳- تحلیل کوواریانس یک‌متغیره: مقایسه پس‌آزمون آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی گروه‌های آزمایش و کنترل در انتظار درمان با کنترل پیش‌آزمون

منبع	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	مقدار p	مربع اتا جزئی
مدل تعدیل‌شده	۲۳۸/۷۷۲	۲	۱۱۹/۳۸۶	۲۲/۷۴۶	۰/۰۰۱	۰/۷۲۸
تعامل	۱۲/۷۱۴	۱	۱۲/۷۱۴	۲/۴۲۲	۰/۱۳۸	۰/۱۲۵
پیش‌آزمون افسردگی	۲۰/۹۷۲	۱	۲۰/۹۷۲	۲/۹۹۶	۰/۰۶۲	۰/۱۹۰
گروه	۱۶۰/۲۸۱	۱	۱۶۰/۲۸۱	۳۰/۵۳۷	۰/۰۰۱	۰/۶۴۲
خطا	۸۹/۲۳۸	۱۷	۵/۲۴۹			
مجموع	۵۴۴۸/۰۰۰	۲۰				
مجموع تعدیل‌شده	۳۲۸/۰۰۰	۱۹				

میانگین اضطراب آنها تغییر محسوسی نکرده است؛ موجب کاهش اضطراب مشارکت‌کنندگان گروه آزمایش شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های افسردگی بیماران دیابتی نوع یک انجام شد. نتایج تحلیل داده‌ها حکایت از تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش سطح افسردگی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در انتظار درمان داشت. این نتایج با یافته‌های مطالعات رجبی [۲۲]، حر [۹]، کال [۲۳]، دیون [۲۴] و شکری [۲۵] و همکاران همسو بود.

در یک تبیین کلی در مورد اثربخشی این روش درمانی در بهبودی افسردگی می‌توان گفت که رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این اصل استوار است که پذیرش رنجی که شخص می‌کشد، مهم‌ترین گام به سوی رهایی است [۱۰] و این رویکرد به دنبال پذیرش فعالانه و آگاهانه تجارب ناخوشایند زندگی بدون اینکه فرد بی‌جهت برای تغییر شرایط زندگی خود تلاش کند و یا سعی در تحمل شرایط ناخوشایند داشته باشد، است [۲۶]. این افراد که به یک اختلال مزمن به نام دیابت نوع یک مبتلا هستند، می‌آموزند که چگونه فعالانه و مشتاقانه با عواطف و خاطرات و در نهایت محدودیت‌های ناشی از بیماری‌شان مواجه شوند. همچنین می‌دانیم که افراد دارای افسردگی دچار تحریفات شناختی، افکار ناکارآمد متعدد و تلاش برای اجتناب از این افکار هستند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش گسلش شناختی و پذیرش آگاهانه، به

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
افسردگی	آزمایش	۲۱/۱۳۳/۱۴	۱۲/۷۱۴/۰۹
	کنترل در انتظار درمان	۲۲/۷۱۴/۰۰	۱۹/۳۳۳/۰۹
اضطراب	آزمایش	۲۳/۹۱۱/۵۹	۱۴/۵۱۲/۶۷
	کنترل در انتظار درمان	۲۱/۶۱۲/۶۳	۲۱/۹۱۴/۱۲

۲/۰۹۱ بود که معنادار نبودند، بنابراین فرضیه صفر تأیید و فرضیه مقابل رد شده که نشان‌دهنده برقراری همسانی شیب خط رگرسیون بود.

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای افسردگی و اضطراب به تفکیک پیش‌آزمون - پس‌آزمون در دو گروه کنترل در انتظار درمان و آزمایش آورده شده است که نتایج نشان می‌دهد میانگین پس‌آزمون گروه آزمایش در متغیرهای افسردگی و اضطراب کاهش داشته است اما در گروه کنترل تغییر محسوسی نکرده است.

همان‌طور که در جدول ۳ قابل مشاهده است با کنترل پیش‌آزمون بین بیماران مبتلابه دیابت نوع یک گروه آزمایش و گروه کنترل در انتظار درمان از لحاظ افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد ($p = ۰/۰۰۱$)؛ به عبارت دیگر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به میانگین افسردگی گروه آزمایش نسبت به میانگین نمرات افسردگی گروه کنترل در انتظار درمان، موجب کاهش افسردگی گروه آزمایش شده است.

همان‌طور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، با کنترل پیش‌آزمون بین بیماران مبتلا به دیابت نوع یک گروه آزمایش و گروه کنترل در انتظار درمان در اضطراب تفاوت معناداری وجود دارد ($p = ۰/۰۱$)؛ به عبارت دیگر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به کاهش میانگین پس‌آزمون گروه آزمایش در متغیر اضطراب در مقایسه با گروه کنترل در انتظار درمان که

جدول ۴: تحلیل کوواریانس یک‌متغیره: مقایسه پس‌آزمون آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب گروه‌های آزمایش و کنترل در انتظار درمان با کنترل پیش‌آزمون

منبع	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	مقدار p	مربع اتا جزئی
مدل تعدیل‌شده	۲۳۵/۸۱۲	۲	۱۳۷/۹۰۶	۱۰/۸۸۵	۰/۰۰۱	۰/۵۶۲
تعامل	۳۵/۳۵۳	۱	۳۵/۳۵۳	۲/۷۹۰	۰/۱۱۳	۰/۱۴۱
پیش‌آزمون اضطراب	۲۰/۱۲	۱	۲۰/۱۲	۰/۱۵۹	۰/۶۹۵	۰/۰۰۹
گروه	۲۲۹/۴۲۳	۱	۲۲۹/۴۲۳	۱۸/۱۰۸	۰/۰۰۱	۰/۵۱۶
خطا	۲۱۵/۳۸۸	۱۷	۱۲/۶۷۰			
مجموع	۷۱۱۶/۰۰۰	۲۰				
مجموع تعدیل‌شده	۴۹۱/۲۰۰	۱۹				

این کار را با پیروی از قوانین بی تأثیری انجام می دهند که با اهداف و ارزش های شان همسو نیست و قادر به تغییر محیط نیز نیستند.

آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با شناسایی اجتناب ها و خنثی سازی اجتناب ها با استفاده از تکنیک ناامیدی خلاقانه و استفاده از تشبیهات، استعارات^۶ و مثال ها به بیمار آموزش می دهد که پذیرش یک جایگزین مهم برای اجتناب بر اساس تجربه است. در این رویکرد پذیرش، شامل پذیرش فعال و آگاهانه رویدادهای شخصی است که با تاریخچه فرد مرتبط می شوند و نیز با عدم تلاش لازم برای کاهش فراوانی یا تغییر شکل آن رویدادها، مخصوصاً زمانی که باعث آسیب های روان شناختی می شوند، مرتبط است [۳۲]. سپس در این رویکرد به افراد آموزش داده می شود تا هم جوشی شناختی که عامل مهمی در ایجاد اضطراب در آنها است را کاهش دهند و با احساسات درونی خود ارتباط بهتری برقرار کنند. همچنین به آنها جهت شناسایی ارزش های شخصی خود که تاکنون به آنها بی توجه بوده اند و انجام فعالیت های لازم برای رسیدن به این ارزش ها که منجر به کاهش اضطراب و پذیرش بیماری می شود، آموزش داده می شود.

از جمله محدودیت های پژوهش حاضر، عدم وجود دوره پیگیری بود که در نتیجه نمی توان درباره دوام نتایج حاصل یعنی کاهش افسردگی و اضطراب در طولانی مدت اظهار نظر قطعی کرد. همچنین با توجه به نوع جامعه پژوهش حاضر، پژوهشگران از روش نمونه گیری در دسترس برای انتخاب نمونه های پژوهش استفاده نمودند که این امر می تواند باعث کاهش دقت بررسی حاضر گردد. لذا با توجه به محدودیت های مورد بحث، پیشنهاد می شود جهت بررسی دوام بهبودی حاصل در نشانه های افسردگی و اضطراب افراد مبتلا به دیابت نوع یک، پژوهش های دیگری با دوره پیگیری و در سایر شهرهای

شرکت کنندگان در درمان کمک می کند تا تعاملات و تفکرات منفی را به روش جدیدی تجربه کنند. ایفرت و فورسیت عنوان می کنند که ایجاد و پرورش پذیرش در مراجعان، باعث کاهش اجتناب شناختی و رشد زندگی مبتنی بر ارزش باعث افزایش عملکرد فرد در حوزه های مختلف زندگی می شود [۲۶] از این رو درمان موجب کاهش نشانه های افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع یک می شود.

همچنین نتایج تحلیل سایر داده های این بررسی، حکایت از تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش سطح اضطراب گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در انتظار درمان داشت. این نتایج با یافته های مطالعه رجبی و یزدخواستی [۲۲]؛ انوری و همکاران [۲۷]؛ توینگ^۱ [۲۸] و زانگ^۲ [۶] همسو بود. همچنین در تأیید یافته های پژوهش حاضر می توان به نتایج سایر پژوهش ها در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سایر اختلالات اضطرابی اشاره نمود. پژوهش های بلاک^۳ [۱۰]، زیتل [۲۹] و ایزدی و عابدی [۳۰] از این جمله اند.

در تبیین این یافته ها می توان گفت که این افراد طبق مدل آسیب شناسی پذیرش و تعهد درگیر هم جوشی شناختی^۴ هستند و زمانی که فرد دچار هم جوشی شناختی می شود، معمولاً در برابر افکارش به دو صورت واکنش نشان می دهد: ۱) رفتارش را در جهت تأیید افکارش تنظیم و هدایت می کند؛ و یا این که ۲) به ستیز با افکارش و اجتناب از آنها می پردازد [۳۱] که استفاده مداوم از اجتناب^۵ تجربی باعث می شود که فرد در کوتاه مدت احساسات ناخوشایند خویش را رفع کند و در نتیجه در بلندمدت، اجتناب به صورت یک راهبرد مقابله ای درمی آید و فرد به جای تلاش در جهت ارزش های زندگی اش، مدام در تلاش است که احساسات ناخوشایند را خنثی کند و یا از آنها اجتناب نماید [۲۳] و برای اجتناب یا فرار از تجارب ناخوایسته شان تلاش می کنند و

4. Cognitive fusion
5. avoidance
6. Metaphors

1. Twohig
2. Zhang
3. Block

آنها ارائه نمایند.

کشور صورت گیرد تا اطمینان کامل حاصل شود که این نتایج در سایر گروه‌های مبتلا به دیابت نوع یک تکرار می‌شود. همچنین با توجه به کوتاه‌مدت بودن رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و تأثیر مثبت آن بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب افراد مبتلا به دیابت یک، جا دارد متولیان بهداشت و درمان در کنار خدمات پزشکی که به افراد مبتلا به دیابت می‌دهند، خدمات روانشناختی منجمله درمان مذکور را نیز به

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند که از کلیه افراد مشارکت‌کننده در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورند.

References

1. Musazadeh T, Adib A, Motavally R. A comparative study of level and way of using defense mechanisms by diabetic and healthy individuals in 2007. *Medical Sciences Journal of Islamic Azad Univesity*. 2009; 19(1):61-64. [Persian]
2. Amiri Z, Yazdanbakhsh K. Comparison of coping styles and mental health in patients with type II diabetes and non-diabetic individuals. *Journal of diabetes nursing*. 2014; 2(3):20-28. [Persian]
3. Rosenthal MH. The challenge of comorbid disorders in patients with depression. *The Journal of the American Osteopathic Association*. 2003; 103(8 Suppl 4):S10-S15.
4. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
5. Harris MD. Psychosocial aspects of diabetes with an emphasis on depression. *Current diabetes reports*. 2003; 3(1):49-55.
6. Zhang C-X, Chen Y-M, Chen W-Q. Association of psychosocial factors with anxiety and depressive symptoms in Chinese patients with type 2 diabetes. *Diabetes research and clinical practice*. 2008; 79(3):523-530.
7. Grigsby AB, Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review. *Journal of psychosomatic research*. 2002; 53(6):1053-1060.
8. Kanter JW, Baruch DE, Gaynor ST. Acceptance and commitment therapy and behavioral activation for the treatment of depression: description and comparison. *The behavior analyst*. 2006; 29(2):161-185.
9. 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]
10. Block JA, Wulfert E. Acceptance or change: treating socially anxious college students with ACT or CBGT. *The behavior analyst today*. 2000; 1(2):3-10.
11. Roemer, Lizabeth.; Orsillo, Susan M. An acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. In: Orsillo SM, Roemer L, editors. *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety*. New York: Springer; 2005. 213-240.
12. Hayes SC, Bissett RT, Korn Z, Zettle RD, Rosenfarb IS, Cooper LD, et al. The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The psychological record*. 1999; 49(1):33-47.
13. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*. 2011; 42(4):676-688.
14. 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. *Behavior therapy*. 2013; 44(2):180-198.
15. Yoo J-S, Lee S-J, Lee H-C, Kim M-J. The effect of a comprehensive lifestyle modification program on glycemic control and body composition in patients with type 2 diabetes. *Asian nursing research*. 2007; 1(2):106-115.
16. Bastami M, Goodarzi N, Dowran B, Taghva A. Effectiveness of treatment Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the reduction of depressive symptoms of military personnel with type 2 diabetes mellitus. *Ebnesina*. 2016; 18(1):11-18. [Persian]

17. 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.
18. Sahebi A, Asghari-Jafarabadi M, Salari R. Validation of Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian population. *Developmental psychology*. 2005; 1(4):299-310. [Persian]
19. Moradipanah F, Mohammadi E, Mohammadil AZ. Effect of music on anxiety, stress, and depression levels in patients undergoing coronary angiography. *Eastern Mediterranean health journal*. 2009; 15(3):639-647.
20. Fathi-Ashtiani A, Mohammadi B. Psychological tests, personality and mental health. Tehran: Besat; 2010. [Persian]
21. Vowles KE, Sorrell JT. Life with chronic pain: an acceptance-based approach (therapist guide and patient workbook). Bath: University of Bath. July 2007.
22. 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. *Journal of clinical psychology*. 2014; 6(1):29-39. [Persian]
23. Kahl KG, Winter L, Schweiger U. The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective? *Current opinion in psychiatry*. 2012; 25(6):522-528.
24. Dionne F, Blais M-C, Monestès J-L. Acceptance and commitment therapy in the treatment of chronic pain. *Sante mentale au Quebec*. 2013; 38(2):131-152.
25. Shekari HR, Dabbaghi P, Dowran B, Taghva A. Effectiveness of group training of acceptance and commitment therapy on depression symptoms in soldiers. *Ebnesina*. 2016; 18(2):19-25. [Persian]
26. Eifert GH, Forsyth JP. Acceptance & commitment therapy for anxiety disorders: a practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2005.
27. Anvari MH, Ebrahimi A, Taher Neshatdoost H, Afshar H, Abedi A. The effectiveness of group-based acceptance and commitment therapy on pain-related anxiety, acceptance of pain and pain intensity in patients with chronic pain. *Journal of Isfahan Medical School*. 2014; 32(295):1-10. [Persian]
28. Twohig MP. Applying acceptance and commitment therapy to anxiety and other disorders. In: Six hour invited CEU training at the Idaho Health Care Conference in Pocatello 2009.
29. Zettle RD. Acceptance and commitment therapy (ACT) vs. system desensitization in treatment of mathematics anxiety. *The psychological record*. 2003; 53(2):197-215.
30. Izadi R, Abedi MR. Alleviation of obsessive symptoms in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder using acceptance and commitment-based therapy. *Feyz: (Journal of Kashan University of Medical Sciences)*. 2013; 17(3):275-286. [Persian]
31. Dahl J, Lundgren T, Plumb J, Stewart I. The art & science of valuing in psychotherapy: helping clients discover, explore, and commit to valued action using acceptance and commitment therapy. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2009.
32. Herbert JD, Forman EM. Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: understanding and applying the new therapies. New Jersey: Wiley; 2011.

The impact of acceptance and commitment therapy on reducing of depression and anxiety in patients with type-1 diabetes

Mohammadi T¹, *Rahnejat AM², Esmaeili A³, Taghva A⁴, Shahmiri H⁵, Dabaghi P²

Abstract

Background: Diabetes is a widespread, malignant and progressive disease. People who suffer from diabetes experience different psychological and physical disorders during and after treatment. This paper was done to study the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment therapy (ACT) on decreasing depression and anxiety symptoms in patients with diabetes type-1.

Materials and methods: The quasi-experimental method with control and experimental group, which is based on pre and post tests was used in this study. After completing the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) questionnaire, 20 participants who had the criteria for this research, were chosen and divided into two groups of 10, experimental and control (waiting for treatment) group. Experimental group received eight sessions of intervention of ACT and no intervention was done for control group. Data were analyzed by analysis of covariance with repeated measurements using SPSS-20 software.

Results: The findings showed that intervention based on ACT caused a significant reduction ($p=0.01$) in depression and anxiety symptoms in experimental group compared to the control group. So that subjects' scores in experimental group had more meaningful reduction than the control group.

Conclusion: The results of this research showed that treatment based on acceptance and commitment therapy can be effective on decreasing depression and anxiety symptoms of patients with diabetes type-1.

Keywords: Depression, Anxiety, Type 1 Diabetes, Acceptance and Commitment Therapy

1. MSc in clinical psychology
Tehran, Iran

2. Assistant professor, Department
of clinical psychology, Faculty of
medicine, AJA University of
Medical Sciences, Tehran, Iran
(*Corresponding Author)
arahnedjat@yahoo.com

3. Assistant professor, Department
of psychology, Allameh Tabatabaei
University, Tehran, Iran

4. Associate professor, Department
of psychiatry, Faculty of medicine,
AJA University of Medical
Sciences, Tehran, Iran

5. Assistant professor, Department
of psychiatry, Faculty of medicine,
AJA University of Medical
Sciences, Tehran, Iran