

تأثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

مریم حر^۱، اصغر آقایی^۲، احمد عابدی^۳، عباس عطاری^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: به تازگی بحث‌های زیادی در مورد رویکردهای رفتاری و شناختی موج سوم به خصوص در حیطه درمان افسردگی انجام شده است. هدف پژوهش حاضر، تعیین تأثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهشی آزمایشی و جامعه آماری شامل کلیه بیماران دیابتی مؤسسه خیریه دیابت اصفهان که در بهار و تابستان سال ۹۱ بود. تعداد ۳۰ نفر بیمار در دو گروه آزمایش و شاهد جایگزین شدند. پرسش‌نامه افسردگی Beck را قبل و بعد از مداخله تکمیل و گروه آزمایش، آموزش گروهی روش درمانی Acceptance and commitment therapy (ACT) را طی ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای در طی ۸ هفته دریافت کردند و گروه شاهد این آموزش را دریافت نکردند و در لیست انتظار درمان قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسش‌نامه Beck (BDI یا Beck depression inventory) بود.

یافته‌ها: بین نمرات پس‌آزمون و پیش‌آزمون گروه آزمایش در مقایسه با گروه شاهد، تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش بیانگر تأثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی در کاهش افسردگی در بیماران دیابتی بود. همچنین اثر درمان در زمان پیگیری ماندگار بود.

واژه‌های کلیدی: پذیرش و تعهد درمانی، دیابت نوع ۲، افسردگی، تست Beck

ارجاع: حر مریم، آقایی اصغر، عابدی احمد، عطاری عباس. تأثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۲؛ ۱۱ (۲): ۱۲۸-۱۲۱

پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۲/۱۴

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۸/۳

بیماری مزمن و ناتوان‌کننده دیگری فرد مبتلا به دیابت را با مشکلاتی مواجه کرده است که تمام جنبه‌های زندگی روزمره وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و یکی از مهم‌ترین جنبه‌های روان‌شناختی آن افسردگی است (۳). افسردگی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در بیماران

مقدمه

دیابت یکی از چالش‌های بهداشتی دهه‌های اخیر است که بار اقتصادی فراوانی را به جامعه تحمیل می‌نماید (۱). در ایران بیش از ۳ میلیون مبتلا به دیابت هستند که این رقم، هر ۱۵ سال یک بار، ۳ برابر می‌شود (۲). دیابت شیرین، مانند هر

۱- کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان، اصفهان، ایران

۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان، اصفهان، ایران

۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۴- استاد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: a_attari@med.mui.ac.ir

است که فرایندهای درمانی کلیدی آن از درمان شناختی- رفتاری سنتی متفاوت است. اصول زیر بنایی آن شامل

۱- پذیرش، یا تمایل به تجربه درد و یا دیگر رویدادهای آشفته‌کننده بدون اقدام به مهار آن‌ها

۲- عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنی‌دار شخصی بیش از حذف تجارب ناخواسته است که در تعامل با دیگر وابستگی‌های غیر کلامی به شیوه‌ایی که منجر به کارکرد سالم می‌شود. این روش شامل تجربیات تجربی و تمرینات مبتنی بر مواجهه، استعاره‌های زبانی و روش‌هایی چون آموزش مراقبت ذهنی است (۱۲). پذیرش و تعهد درمانی یا Acceptance and commitment therapy در سال ۱۹۸۶ توسط Hayes ایجاد شد. این روش قسمتی از موج سوم درمان‌های رفتاری است و به دنبال موج دوم این درمان‌ها از قبیل درمان شناختی- رفتاری پدید آمد. ACT با یک برنامه تحقیقی تحت عنوان نظریه نظام ارتباطی Relational frame theory یا RFT در ارتباط است. آشکارا این رویکرد تغییر کارکرد افکار و احساسات به جای تغییر شکل، محتوا یا فراوانی آن‌ها را می‌پذیرد (۱۳). هدف اصلی، ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه این که عملی تنها جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (۱۴). در این درمان ابتدا سعی می‌شود تا پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات) افزایش یابد و متقابل آن اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هر گونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید (این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها)، به طور کامل بپذیرفت. در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود، یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم به فرد

دیابتی است (۴). افسردگی یک اختلال خلقی است که خود را با علایمی نظیر خلق پایین، از دست دادن احساس، پوچی، کندی روانی و حرکتی، احساس گناه و ناتوانی در تمرکز و افکار مربوط به مرگ نشان می‌دهد (۵). در طول دهه‌های گذشته جنبه‌های روان‌شناختی دیابت نظر بسیاری از متخصصان را به خود جلب کرده است، چرا که دیابت به عنوان یکی از پر زحمت‌ترین بیماری‌های مزمن از لحاظ هیجانی و رفتاری به شمار می‌آید (۶)، این افراد انواعی از تنش‌ها را تجربه می‌کنند که ممکن است از تطابق با رژیم غذایی، محدود شدن زندگی اجتماعی، آزمایشات مکرر خون، تزریقات انسولین، فقدان هوشیاری و دیگر پیچیدگی‌های ضعف در کنترل دیابت، مختل شدن عملکرد جنسی، مشکلات دیگر که از بیماری یا درمان آن ناشی گردند (۷).

مطالعات نشان داده است که شیوع افسردگی در بیماران دیابتی ۶۱/۳ درصد می‌باشد که ۴۰/۶ درصد از آن‌ها از افسردگی متوسط تا شدید رنج می‌برند (۸). اگر چه اکثر بیماری‌های مزمن با افزایش افسردگی همراه است، اما در بیماران دیابتی این مسأله ۳ برابر شایع‌تر است (۹). همچنین مطالعه ظهیرالدین و صادقی نشان داد که ۷۸ درصد از بیماران دیابتی بر اساس تست افسردگی Beck، مبتلا به افسردگی بودند (۱۰). طبق مطالعه لاریجانی و همکاران، بین دیابت و افسردگی یک رابطه دو سویه وجود دارد، بدین گونه که از طرفی دیابت و مشکلات مختلف ناشی از آن باعث کاهش انگیزش و احساس نومی‌دی به آینده در فرد مبتلا می‌گردد و از طرف دیگر، این کاهش انگیزش می‌تواند در بروز افسردگی تأثیرگذار باشد. شواهدی نیز مبنی بر اثر غلظت گلوکز پلاسما بر خلق بیماران دیابتی وجود دارد؛ به طوری که افسردگی در بیماران دیابتی، با کنترل ضعیف قند خون همراه است و سطح هیپیرگلسیمی ارتباط مستقیمی با شدت افسردگی دارد (۱۱).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی Acceptance and commitment therapy که به اختصار ACT خوانده می‌شود، یکی از الگوهای درمانی بسط یافته اخیر

متخصص داخلی و بر اساس آزمایشات بالینی، تشخیص بیماری دیابت نوع ۲ گرفته بودند و در بهار و تابستان سال ۹۱ به مؤسسه خیریه دیابت اصفهان مراجعه کرده‌اند (به علت سیال بودن مراجعان حجم جامعه آماری در این دوره زمانی مشخص نیست). با مصاحبه بالینی که توسط پژوهشگر زیر نظر روان‌پزشک و بر اساس ضوابط تشخیصی DSM-IV-TR تشخیص افسردگی داده شده است. روش اجرای پژوهش به این صورت بود که ابتدا پرسش‌نامه افسردگی Beck و پرسش‌نامه جمعیت‌شناسی که شامل سؤالاتی پیرامون سن، جنسیت، تأهل و مدت ابتلا به دیابت بود، در اختیار بیماران قرار گرفت. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، قبل از توزیع پرسش‌نامه‌ها توضیحات مختصری درباره پرسش‌نامه به بیماران داده شد. در شروع تکمیل پرسش‌نامه به مراجعان گفته شد که این کار تنها جنبه تحقیقاتی دارد و به آن‌ها اطمینان خاطر داده شد که پاسخ‌ها محرمانه خواهد ماند.

در این پژوهش روش درمانی پذیرش و تعهد ACT به عنوان متغیر مستقل و افسردگی به عنوان متغیر وابسته می‌باشد. سی نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و شاهد جایگزین و هر کدام از گروه‌ها به تفکیک شامل ۱۵ نفر شدند. با توجه به هدف کلی پژوهش که عبارت است از تعیین میزان اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی (ACT) بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به دیابت وجود یک گروه آزمایشی و یک گروه شاهد در این پژوهش از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری استفاده شده است. مداخله درمانی (پذیرش و تعهد درمانی) برای گروه آزمایشی به صورت گروهی اجرا گردید، در حالی که گروه شاهد این مداخلات درمانی را دریافت نکرد (این گروه در لیست انتظار درمان در نوبت دوم قرار خواهد گرفت). آزمون پیگیری نیز به منظور سنجش حفظ اثر مداخله درمانی روی هر دو گروه آزمایشی و شاهد انجام شد. لازم به ذکر است که در گروه آزمایش در تعداد شرکت‌کنندگان ریزشی صورت نگرفت که از دیدگاه پژوهشگر نشانگر رغبت بیماران

آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناخت)، به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فرد تا این که ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها). در نهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می‌تواند افکار افسرده‌کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث (تروما)، هراس‌ها و ... باشد (۱۴). برای درمان افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت درمان‌های روان‌شناختی متعددی وجود دارد. برخی از پژوهشگران بر این باورند که به کارگیری این روش به علت ساز و کار نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون قضاوت، رویارویی و رهاسازی در تلفیق با فنون رفتار درمانی شناختی سنتی می‌تواند ضمن کاهش علایم بیماری، اثربخشی را افزایش دهد (۱۵). در مورد مبتلایان به دیابت پژوهش‌هایی به کاربرد شناخت درمانی توأم با مراقبت ذهنی اشاره داشته‌اند (۱۶).

این مطالعه جهت تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به دیابت می‌باشد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه، روش پژوهش حاضر، تجربی با در نظر داشتن گروه آزمایش و شاهد و اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. تحقیق آزمایشی، نقشه یا طرح از پیش تعیین شده‌ای است که به کمک آن چگونگی اجرای متغیر مستقل و نحوه انتخاب گروه‌های پژوهشی تعیین می‌شود و عمده‌ترین نقش آن کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه بیمارانی که به تشخیص

اهداف جلسات

جلسه اول: آشنایی و ایجاد ارتباط با اعضای گروه، آموزش روانی، استراحت و پذیرایی، توزیع پرسش‌نامه. جلسه دوم: بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها، ایجاد ناامیدی خلاقانه، استراحت و پذیرایی، کارآمدی به عنوان معیار سنجش. جلسه سوم: مرور تجارب جلسه قبلی، بیان کنترل به عنوان مشکل، سنجش عملکرد، استراحت و پذیرایی، بررسی تمرین هفته بعد. جلسه چهارم: مرور تجارب جلسه قبل، تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی گسلش، کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، استراحت و پذیرایی مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان، تضعیف اتلاف خود با افکار و عواطف.

جلسه پنجم: مرور تکلیف و تعهد رفتاری مشاهده‌گر، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود.

جلسه ششم: سنجش عملکرد، کاربرد تکنیک‌های ذهن آگاهی، تضاد بین تجربه و ذهن، استراحت و پذیرایی، الگوسازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به عنوان یک فرایند.

جلسه هفتم: سنجش عملکرد، معرفی مفهوم ارزش، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج، کشف ارزش‌های عملی زندگی.

جلسه هشتم: درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها.

یافته‌ها

تحلیل داده‌ها بر اساس نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در مورد متغیرهای پژوهش انجام شد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس و روش‌های آمار توصیفی استفاده شد. یافته‌های آماری به دست آمده از پژوهش برای دستیابی به اهداف مداخله با استفاده از نرم‌افزار SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل داده‌های قرار گرفت. از نظر متغیرهای جمعیت‌شناسی، میانگین سنی گروه آزمایش ۴۹ و گروه شاهد ۴۷/۵ سال بود. تحصیلات در

و ایجاد تعهد به این روش درمان بود. در مورد گروه شاهد در مرحله پیگیری تمامی نفرات شرکت نکردند و پژوهشگر مجبور شد با مراجعات مکرر از آن‌ها تقاضای شرکت در آزمون را داشته باشد که سرانجام موفق شد.

ابزار سنجش

۱. پرسش‌نامه افسردگی Beck ویرایش دوم (BDI II) یا Beck depression inventory II، این پرسش‌نامه برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۶۳ توسط Beck تدوین شد و در سال ۱۹۹۴ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این مقیاس شامل ۲۱ ماده می‌باشد و هر ماده نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد. بالاترین نمره در این پرسش‌نامه ۶۳ است. هر یک از مواد این پرسش‌نامه یکی از علایم افسردگی را می‌سنجد (۱۷). قاسم‌زاده و همکاران ضریب آلفای این پرسش‌نامه ($\alpha = 0/087$) و ضریب بازآزمایی آن را ($r = 0/74$) و همبستگی آن با پرسش‌نامه افسردگی Beck ویرایش اول را (۰/۹۳) گزارش کردند (۱۸).

۲. پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی: توسط پژوهشگر تنظیم شده است و شامل سؤالات سن، تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل، مدت ابتلا به دیابت و تعداد اعضای خانواده بود. این پرسش‌نامه به منظور کنترل این متغیرها (سن، تحصیلات و ...) استفاده شد.

۳. آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی: در پذیرش و تعهد درمانی مجموعه‌ای از تمرینات تجربی و استعاره‌ها، با مداخلات استاندارد رفتاری ترکیب می‌شود تا پذیرش بدون قضاوت تجربیات درمانی فرد را پرورش دهد. این پذیرش تجربی به تنهایی یک هدف نمی‌باشد، بلکه با ارتقای عمل در جهت اهداف مناسب شخصی مرتبط می‌باشد.

ملاک‌های ورود و خروج در این پژوهش عبارت بود از:

۱- تشخیص افسردگی طبق DSM-IV-TR، این مصاحبه و تشخیص به عهده روان‌پزشک بود. ۲- نمره آزمون Beck بالاتر از ۱۶، ۳- حداقل سن ۱۸، ۴- شرکت‌کنندگان در یک ماه گذشته درمان روان‌پزشکی جدیدی شروع نکرده باشند و در این ماه تغییری در دوز داروها ایجاد نکرده باشند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات تست افسردگی Beck در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و شاهد

میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
۳۰/۹۳	۷/۸۶	۲۰/۱۱۳	۷/۷۲	۱۷/۵۳	۵/۱۲
۳۳/۲۶	۴/۷۴	۳۰/۸۶	۴/۸۳	۳۰/۴۰	۴/۵۱

در این پژوهش برای تحلیل استنباطی نتایج پژوهش، از تحلیل کواریانس استفاده گردیده است.

جدول ۲. تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروه بر کاهش افسردگی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

موقعیت	متغیرها	مجموعه	درجه	میانگین	F	(P) معنی‌داری	میزان تأثیر	توان آماری
		مجذورات	آزادی	مجذورات				
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۲۷۲/۸۱۹	۱	۲۷۲/۸۱۹	۸/۲۷۱	۰/۰۰۸	۰/۲۳۴	۰/۷۹۲
	عضویت گروه	۶۷۶/۶۰۸	۱	۶۷۶/۶۰۸	۲۰/۵۱۱	< ۰/۰۰۱	۰/۴۳۲	۰/۹۹۲
پیگیری	پیش‌آزمون	۱۴۹/۴۳۷	۱	۱۴۹/۴۳۷	۸/۰۰۷	۰/۰۰۹	۰/۲۲۹	۰/۷۷۹
	عضویت گروه	۱۰۵۷/۶۱۰	۱	۱۰۵۷/۶۱۰	۵۶/۶۶۹	< ۰/۰۰۱	۰/۶۷۷	۰/۱۰۰

(۲۰). نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌هایی که توسط کاپیانی انجام گرفت، همسو و بیانگر آن است که آموزش ذهن‌آگاهی به بیماران دارای اختلالات خلقی و اضطرابی موجب بهبود قابل ملاحظه در سلامت روانی و کاهش افسردگی می‌شود (۲۱). همچنین سودمندی آن به عنوان یک روش مداخله‌ای برای طیف وسیعی از اختلالات روانی مزمن نشان داده شده است.

پژوهش حاضر با پژوهشی که توسط Gregg و همکاران (۲۲) و Wells (۲۳) انجام گرفت، همسو می‌باشد. آن‌ها بر این باورند که به کارگیری این روش به علت ساز و کار نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون قضاوت، رویارویی و رهاسازی در تلفیق با فنون رفتار درمانی شناختی سنتی می‌تواند ضمن کاهش علائم بیماری، اثربخشی را افزایش دهد. نتایج پژوهش انجام شده با پژوهشی که توسط Zattle انجام شد، همسو می‌باشد (۲۴). آن‌ها در پژوهش خود دریافتند که شرکت‌کنندگان در گروه مداخله ACT، کاهش چشم‌گیری را در اعتقاد و باورپذیری و فراوانی افکار منفی نشان دادند. این پژوهش که بر روی بیماران دیابتی نوع ۲ انجام گرفت، اثربخشی مداخله بر اساس توجه فعال به زمان حال، ذهن‌آگاهی و پذیرش را در کاهش افسردگی بیماران دیابتی و مدیریت بیماری را نشان داد. بنابراین شناخت درمانی توأم با مراقبت ذهنی در بهبود افسردگی بیماران دیابتی مؤثر است.

هر دو گروه، کمتر از دیپلم، دیپلم و بالاتر از دیپلم بود. داده‌های توصیفی پژوهش در جدول ۱ داده شده است. همان‌طور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین‌های تعدیل شده پس از کنترل متغیرهای کنترل در گروه آزمایشی و شاهد، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۰۱$)، از این رو تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی بیماران دیابتی که در گروه آزمایش قرار داشتند، تأیید شد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که درمان پذیرش و تعهد (ACT)، در کاهش میزان افسردگی بیماران دیابت نوع ۲ مؤثر است. نمرات پس‌آزمون میزان افسردگی تأثیر روش درمانی ACT را بر کاهش میزان افسردگی تأیید می‌کند. این نتایج، با نتایج به دست آمده از پژوهش Whitebird و همکاران در کاهش افسردگی بیماران دیابتی و مدیریت بیماری همسو و هماهنگ است (۱۶). همچنین نتایج پژوهش اخیر، با پژوهش Gregg و همکاران که اثربخشی درمان ACT در مدیریت بیماری قند و مهارت‌های پذیرش و آگاهی کنترل افکار و احساسات منفی مربوط به دیابت را موفق ارزیابی کرده بود، همسو می‌باشد (۱۹) و نیز نتایج نشان داده است که استفاده از روش ذهن‌آگاهی موجب کاهش بازگشت حمله‌های افسردگی می‌شود

به اهمیت دادن بیشتر به جنبه روانی این بیماری تشویق کند که نتیجه مستقیم آن می‌تواند درمان بهتر و سریع‌تر بیماری باشد و از نظر اجتماعی و اقتصادی نیز فواید مهمی به همراه دارد. برای اثربخشی بهتر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی، مصاحبه بالینی جهت تشخیص نوع افسردگی الزامی است. درمان بر روی افرادی که دوره‌هایی از شیدایی و افسردگی در خلق آن‌ها مشاهده می‌شود، چندان اثربخش نیست. به منظور تأیید نتایج این پژوهش، اجرای این پژوهش در سایر شهرهای کشور به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود.

سیاسگزاری

بدین وسیله از مدیریت و پزشکان محترم و کارکنان عزیز و دلسوز مؤسسه خیریه دیابت اصفهان و بیماران مبتلا به دیابت شرکت‌کننده در پژوهش تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

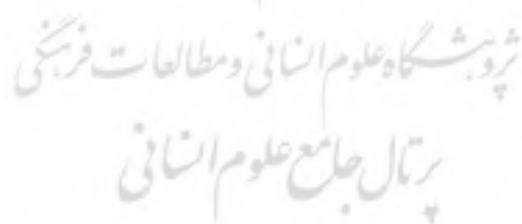
این روش درمان یک مداخله کوتاه مدت و ساختار یافته است و مانند شناخت درمانی سنتی، هدف آموزش تفکر مراقبت ذهنی، تغییر محتوای افکار نیست، بلکه هدف، ایجاد یک نگرش یا رابطه متفاوت با افکار، احساسات و عواطف است که شامل حفظ توجه کامل و لحظه به لحظه و نیز داشتن نگرش همراه با پذیرش و به دور از قضاوت است (۲۴). پژوهش انجام شده همچنین با نتایج تحقیقی که توسط Forman صورت گرفت، همسو می‌باشد (۱۴).

این پژوهش برای اولین بار، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی در بهبود افسردگی بیماران دیابتیک در ایران را مورد بررسی قرار داده است. با توجه به نتایج پژوهش، این روش درمان می‌تواند به عنوان شیوه روان درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی، در جهت کاهش افسردگی بیماران دیابتی به کار گرفته شود. امید است تا نتایج این پژوهش، متخصصان مربوط را

References

- Joshi SK, Shrestha S. Diabetes mellitus: a review of its associations with different environmental factors. Kathmandu Univ Med J (KUMJ) 2010; 8(29): 109-15.
- Larijani B, Zahedi F. Epidemiology of diabetes mellitus in Iran. Iran J Diabetes Lipid Disord 2001; 1(1): 1-9. [In Persian].
- Kasper D, Braunwald E. Harrison's principles of internal medicine. 16th ed. Philadelphia, PA: McGraw Hill Medical; 2005. p. 2152-67.
- Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE, Freedland KE, Eisen SA, Rubin EH, et al. Effects of nortriptyline on depression and glycemic control in diabetes: results of a double-blind, placebo-controlled trial. Psychosom Med 1997; 59(3): 241-50.
- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- Lustman PJ, Freedland KE, Griffith LS, Clouse RE. Predicting response to cognitive behavior therapy of depression in type 2 diabetes. Gen Hosp Psychiatry 1998; 20(5): 302-6.
- Yoo JS, Lee SJ, Lee HC, Kim MJ. The effect of a comprehensive lifestyle modification program on glycemic control and body composition in patients with type 2 diabetes. Asian Nursing Research 2007; 2(1): 106-15.
- Taziki SA, Bazrafsan HR, Behnampour N, Paviz M. Relationship between depressive's symptoms and diabetes. J Gorgan Univ Med Sci 2001; 3(2): 59-64. [In Persian].
- Grandinetti A, Kaholokula JK, Crabbe KM, Kenui CK, Chen R, Chang HK. Relationship between depressive symptoms and diabetes among native Hawaiians. Psychoneuroendocrinology 2000; 25(3): 239-46.
- Zahiroddin AR, Sadighi G. Depression among 100 diabetics referring to university hospitals. Pejouhesh 2003; 27(3): 203-207. [In Persian].
- Larijani B, Khoram Shahi Bayat M, Khalili Gorgani M, Bandarian F, Akhondzadeh Sh, Sadjadi SA. Association between depression and diabetes. German Journal of Psychiatry 2004; 7(1): 62-5.
- Vallis M, Ruggiero L, Greene G, Jones H, Zinman B, Rossi S, et al. Stages of change for healthy eating in diabetes: relation to demographic, eating-related, health care utilization, and psychosocial factors. Diabetes Care 2003; 26(5): 1468-74.
- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. Behav Res Ther 2006; 44(1): 1-25.

14. Forman EM, Herbert D. New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear. In: O'Donohue WT, Fisher, JE, editors. Cognitive behavior therapy: applying empirically supported techniques in your practice. 2nd ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2009. p. 263-8.
15. Witkiewitz K, Marlatt GA, Walker D. Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 2005; 19(3): 221-8.
16. Whitebird RR, Kreitzer MJ, O'Connor PJ. Mindfulness-Based Stress Reduction and Diabetes. *Diabetes Spectr* 2009; 22(4): 226-30.
17. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the beck depression inventory-II. 2nd ed. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
18. Ghassemzadeh H, Mojthbai R, karamghadiri N. Psychometric properties of a persion language version of the beack depression inventory, 2nd ed: BDI –II Persion. *J Depress Anxiety* 2005; 21(4):185-92. [In Persian].
19. Gregg JA, Callaghan GM, Hayes SC, Glenn-Lawson JL. Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2007; 75(2): 336-43.
20. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68(4): 615-23.
21. Kaviani H, Hatami N, Javaheri F. The impact of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on mental health and quality of life in a sub-clinically depressed population. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 2012; 1: 21-8.
22. Gregg J, Callaghan, G, & Hayes S. Improving Diabetes Self-Management Through Acceptance, Mindfulness, and Values: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Copyright 2007 by the American Psychological Association. 2007; 5(2): 336-43.
23. Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2002.
24. Zettle R. Acceptance and commitment therapy vs. systematic desensitization in treatment of mathematics anxiety. *The Psychological Record* 2003; 53(2): 197-215.



The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression in patients with type 2 diabetes

Maryam Hor MSc¹, Asghar Aghaei², Ahmad Abedi³, Abas Attari⁴

Original Article

Abstract

Aim and Background: The purpose of this study was to determine the effect of treatment based on acceptance and commitment therapy (ACT) on depression and mental health in patients with diabetes.

Methods and Materials: Experimental research method was used in this study. Statistical population consisted of diabetic patients from diabetes center in Isfahan, Iran. A total of 30 patients were randomly selected and assigned to either experimental or control groups. Beck Depression Inventory (BDI II) was completed before and after the intervention. Experimental group received 8 training sessions of ACT, with 120 minutes duration, in Diabetes Charitable Center of Isfahan. The control group received no training at all.

Findings: Results showed that ACT significantly increased scores on the BDI II compared to the control group ($P < 0.001$).

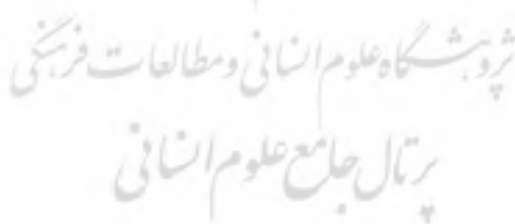
Conclusions: ACT may be considered to be an effective intervention approach for treating depression in diabetic patients.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Type 2 diabetes, Depression

Citation: Hor M, Aghaei A, Abedi A, Attari A. **The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression in patients with type 2 diabetes.** J Res Behav Sci 2013; 11(2): 121-8

Received: 24.10.2012

Accepted: 03.04.2013



1- Department of Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran

2- Associate Professor, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran

3- Assistant Professor, Department of Psychology, School of Education and Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran

4- Professor, Behavioral Sciences Research Center, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: a_attari@med.mui.ac.ir