

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

عباس مولوی^۱ حمید افشار زنجانی^{۲*} کبری حاجی‌علیزاده^۳

۱. گروه روان‌شناسی سلامت، واحد بین‌الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران.

۲. گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌تنی، دانشگاه علوم پزشکی، اصفهان، ایران.

۳. گروه روان‌شناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران.

چکیده

هدف: هدف از مطالعه حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود.

روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع طرح‌های کاربردی و نیمه مداخله‌ای همراه با گروه کنترل بود که در سال ۱۳۹۹ انجام شد. جامعه‌ی آماری این پژوهش، شامل بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه‌کننده به مراکز درمانی جزیره کیش بود. نمونه پژوهش ۴۰ نفر از بیماران دیابتی نوع دو بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با شیوه تصادفی‌سازی ساده در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ($n=20$) و گروه کنترل ($n=20$) گماشته شدند. شرکت‌کنندگان، پرسشنامه کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی ریف را تکمیل کردند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک بار به مدت دو ماه اجرا گردید. از روش مانکوا و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد. تحلیل‌های آماری با نرم‌افزار SPSS اجرا شد.

نتایج: یافته‌های مطالعه نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی ($P\text{-Value}<0/01$) و بهزیستی روان‌شناختی ($P<0/01$) بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مؤثر بود. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بعد از سه ماه پیگیری همچنان ماندگار بود.

نتیجه‌گیری: می‌توان از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جهت افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، بهزیستی روان‌شناختی، دیابت نوع دو.

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۳/۰۹ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۹/۰۴

ارجاع: مولوی عباس، افشار زنجانی حمید، حاجی‌علیزاده کبری. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. طب پیشگیری. ۷۸-۷۷: ۴۸-۴۷، ۱۴۰۰.

مقدمه

دیابت بیماری متابولیک، مزمن و با شیوعی رو به افزایش است. بیش از ۱۴۵ میلیون نفر در دنیا به این بیماری مبتلا هستند (۱). سازمان بهداشت جهانی تخمین زده که تعداد مبتلایان به دیابت تا سال ۲۰۲۵ به ۳۰۰ میلیون نفر خواهد رسید (۲). در ایران بیشتر از ۳/۵ میلیون نفر مبتلا به دیابت هستند و نتایج پژوهش‌ها در کشور حاکی از آن است که از هر ۵ نفر بالای ۳۰

سال یک نفر در معرض ابتلا است. دیابت با افزایش خطر اختلالات روان‌شناختی همراه است (۳). ابتلا به دیابت همراه با آشفتگی‌های هیجانی همچون افسردگی موجب می‌شود که کیفیت زندگی این بیماران به دلیل تغییراتی که در سبک زندگی‌شان به وجود می‌آید، افت قابل توجهی پیدا کند. بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، ارزش‌ها، اهداف،

نویسنده مسئول: حمید افشار زنجانی، استاد، گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌تنی، دانشگاه علوم پزشکی، اصفهان، ایران.

ORCID: 0000-0001-7787-8725

پست الکترونیکی: afshar@med.mui.ac.ir

تلفن: ۹۹۱۶۹۲۳۰۸۸+۹۸

انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است (۴). منظور از کیفیت زندگی یعنی دیدگاه افراد از وضعیت سلامتشان و میزانی که از این وضعیت رضایت دارند (۵).

بیماران مبتلا به دیابت به دلیل مشکلات تحمیل شده از طرف دیابت مانند رژیم غذایی، محدودیت فعالیت، پایش تهاجمی قند خون، تزریق روزانه انسولین، عوارض مزمن جسمی و بستری شدن در بیمارستان، پاسخ‌های هیجانی مناسبی ندارند و معمولاً بهزیستی روانی ضعیفی را تجربه می‌کنند (۶). بهزیستی روانی دریافت‌های فرد از میزان هماهنگی بین هدف‌های معین، با پیامدهای عملکردی است. بهزیستی روان‌شناختی شامل ارزش‌های شناختی افراد از زندگی‌هایشان می‌شود و مردم شرایطشان را به طور متفاوت که به انتظاراتشان، ارزش‌هایشان و تجارب قبلی‌شان وابسته است، ارزش‌گذاری می‌کنند (۷). بهزیستی روان‌شناختی جزء روان‌شناختی کیفیت زندگی است که به عنوان درک افراد از زندگی خودشان در حیطه رفتارهای هیجانی و عملکردهای روانی و ابعاد سلامت روانی تعریف شده است و شامل دو جزء است (۸). اولین جزء، قضاوت شناختی درباره این که چطور افراد در زندگی‌شان پیشرفت می‌کنند را شامل می‌شود. دومین جزء، سطح تجربه‌های خوشایند را در بر می‌گیرد. برخی محققان بهزیستی روان‌شناختی را از نظر مؤلفه‌ها یا فرایندهای ویژه نظیر فرایندهای عاطفی مفهوم‌سازی می‌کنند (۹).

آمار بالای افراد دیابتی، نشان از پایین بودن کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی این افراد است و می‌توان از درمان‌هایی برای افزایش این متغیرها استفاده کرد. یکی از این درمان‌ها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از رایج‌ترین درمان‌های پذیرش هیجانات عاطفی و انعطاف‌پذیری است. این درمان، مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود (۱۰). هدف آن، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی رضایت‌بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری

روان‌شناختی است و شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر می‌شوند (۱۱،۱۲). نتایج پژوهش حسینی و همکاران نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری، بهزیستی روان‌شناختی و میزان قند خون در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مؤثر بود (۱۳). نتایج پژوهش بهروز و همکاران حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روان‌شناختی، سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو مؤثر بود (۱۴). برای رویارویی با دیابت، نیاز به تغییرات مثبت در افراد مبتلا به این بیماری است که این تغییرات مثبت از طریق راهکارهای موجود در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد امکان‌پذیر هست.

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های کاربردی و نیمه مداخله‌ای از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و پیگیری سه ماهه در سال ۱۳۹۹ بود. جامعه آماری شامل بیماران دیابتی نوع دو مراجعه‌کننده به مراکز درمانی جزیره کیش بود. نمونه پژوهش شامل تعداد ۴۰ نفر از بیماران دیابتی نوع دو بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با استفاده از شیوه تصادفی‌سازی ساده در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ($n=20$) و گروه کنترل ($n=20$) گماشته شدند. تعداد نمونه پژوهش بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵، آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ در گروه‌ها، برای هر گروه تعداد ۲۰ نفر به دست آمد. همچنین با در نظر گرفتن تعداد ریزش نمونه‌ها بر اساس مطالعات انجام شده قبلی، احتمال ریزش نمونه در مطالعه فوق ۵ نفر در هر گروه پیش‌بینی شده و تعداد کلی افراد نمونه ۴۰ نفر در نظر گرفته شد. پس از انتخاب جامعه آماری، پژوهش‌گر، از بین بیماران مراکز درمانی، افرادی را بر حسب معیارهای پژوهش انتخاب کرد و با

موافقت بیماران، پرسشنامه‌ها را به طور هم‌زمان به آن‌ها داد. پیش از شروع جلسات و با اخذ رضایت آگاهانه، آزمایش HbA1c انجام شد. هر دو گروه پرسشنامه کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی را نیز تکمیل کردند. سپس گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تحت آموزش قرار گرفت. برای گروه کنترل، جلسات درمانی اجرا نشد. در پایان جلسات نیز قند خون شرکت‌کنندگان دو گروه اندازه‌گیری شد. آزمودنی‌های گروه کنترل نیز گزارش آزمودن قند خون خود را یادداشت کردند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از سابقه دیابت به مدت حداقل یک سال، سطح HbA1c بالاتر از ۷ درصد، داشتن حداقل سن ۳۰ سال، داشتن حداقل تحصیلات سیکل، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی، عدم وجود بیماری طبی در پرونده پزشکی، بیماری‌های اسکلتی، نارسایی‌های قلبی و تنفسی که مشکلاتی را در تحمل جلسات ایجاد کند، عدم ابتلا به بیماری‌های شدید روانی و عدم مصرف داروهای روان‌گردان. عوارض شدید دیابت که منجر به بستری گردد، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزش به عنوان معیارهای خروج از طرح در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی پژوهش عبارت بودند از: ۱- شرکت‌کنندگان، اطلاعاتی در مورد پژوهش دریافت و با کسب رضایت آگاهانه در پژوهش مشارکت نمودند. ۲- به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار خواهند گرفت. ۳- به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. ۴- برای اطمینان از روند کار، پرسشنامه‌ها توسط خود پژوهش‌گر اجرا شد.

مقیاس کیفیت زندگی: این پرسشنامه دارای ۲۶ سؤال و دارای چهار زیرمقیاس سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط می‌باشد و نمره‌گذاری آن به روش لیکرت بوده و از یک تا پنج نمره متغیر است و دامنه نمره کل در این پرسشنامه بین ۲۶ تا ۱۳۰ است. این پرسشنامه در ایران به

وسیله یوسفی و همکاران استانداردسازی شده است که روایی پرسشنامه مطلوب گزارش شده است، پایایی آن با استفاده از روش بازآزمایی برای بخش‌های سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۹، ۰/۷۵ و ۰/۸۴ و همسانی درونی بخش‌های مختلف آن، با استفاده از روش آلفای کرونباخ، برای افراد سالم و بیمار بین ۰/۵۲ تا ۰/۸۴ گزارش شده است. ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس‌های چهارگانه آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آن‌ها با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین این مقیاس می‌تواند در تمام شاخص‌ها، افراد سالم را از افراد بیمار تفکیک نماید (۱۵).

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف: ریف در سال ۱۹۸۹ برای سنجش مدل نظری خود، یک ابزار خود گزارشی تهیه کرد که از مهم‌ترین سنجش‌های بهزیستی روان‌شناختی به شمار می‌رود. ریف معتقد است که نسخه‌ی ۸۴ سؤالی در مقایسه با سایر نوشتارها قابلیت بیشتری در تعیین وضعیت بهزیستی روان‌شناختی دارد. در نوشتار ۸۴ سؤالی برای هر عامل ۱۴ سؤال اختصاص یافته است که شامل پذیرش خود، تسلط بر محیط، روابط مثبت با دیگران، رشد شخصی، هدف در زندگی و خود پیروی هستند، مجموع نمرات این شش عامل به صورت نمره کلی بهزیستی روان‌شناختی محاسبه می‌شود. نمره‌گذاری آن به روش لیکرت بوده و از ۰ تا ۳ نمره متغیر است و دامنه نمره کل در این پرسشنامه بین ۰ تا ۲۵۲ است (۱۶). معینی و همکاران، پایایی بازآزمایی برای نمره‌ی کلی این پرسشنامه را ۰/۸۲، پذیرش خود ۰/۷۱، روابط مثبت با دیگران ۰/۷۷، رشد شخصی ۰/۷۸، تسلط بر محیط ۰/۷۷، هدف در زندگی ۰/۷۰ و رشد شخصی را ۰/۷۸ به دست آوردند (۱۷). جهت بررسی روایی از آزمون‌های رضایت از زندگی، پرسشنامه‌ی شادکامی آکسفورد و عزت‌نفس روزنبرگ استفاده شد و همبستگی نمرات این آزمون‌ها با بهزیستی روان‌شناختی، به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۵۸ و ۰/۴۶ به دست آمد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک بار به مدت دو ماه اجرا گردید. پس از پایان جلسات، شرکت‌کنندگان هر دو گروه مجدداً پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند و مداخله HbA1c نیز انجام شد. جهت

پیگیری و بررسی پایداری تأثیر روش‌های درمانی، تکمیل پرسشنامه‌ها و مداخله HbA1c سه ماه پس از پایان دوره آموزشی، دوباره انجام شد.

جدول ۱- محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	روند جلسات
جلسه اول	معارفه تکتک اعضاء تشریح قوانین و قواعد مشاوره گروهی توسط گروه، تعیین اهداف زیربنایی، تعیین کوشش‌های قبلی مراجعین جهت مقابله با اضطراب، توصیف افکار نشانه‌ها، استعاره ببر گرسنه، معرفی سیستم کنترل ناکارآمد به مراجعین، یادآوری این که کنترل خود مشکل‌ساز است. تکلیف خانگی: چگونه من در برابر اضطراب تسلیم شدم؟ ارائه استعاره (مرد در گودال)، استعاره کیک شکلاتی، توجه به اشتیاق مراجع، تکلیف خانگی: برگه نگرانی ذهن آگاه
جلسه دوم	استعاره طناب‌کشی با غول، استعاره دروغ‌سنج، تأکید بر اهمیت ارتقاء و پرورش ذهن آگاهی، تکلیف خانگی: برگه "عملکرد نگرانی چیست؟"
جلسه سوم	استعاره پلی‌گراف، تمرین استعاره شیر، شیر، شیر، اشتیاق به عنوان جایگزینی برای کنترل استعاره دو مقیاس، دستورالعمل مربوط به اشتیاق هیجانات شفاف در مقابل هیجانات مبهم، معرفی ذهن آگاهی از طریق تمرین نفس کشیدن به طور ذهن آگاه. تکلیف خانگی: ادامه‌ی تمرین ذهن آگاهی
جلسه چهارم	معرفی ارزش‌ها، بحث در خصوص ارتباط بین اهداف و ارزش‌ها، انتخاب ارزش‌ها: انتخاب‌ها در مقابل قضاوت‌ها/تصمیم‌ها، شناسایی یک عمل با ارزش (هدف رفتاری) جهت انجام در طول هفته، تکالیف خانگی، ارائه برگه شناسایی ارزش‌ها، انجام یک عمل با ارزش.
جلسه پنجم	شناسایی ارزش‌ها: استفاده از استعاره "سنگ قبر"، دستورالعمل مهارت‌های ذهن آگاهی، تمرین افزایش ذهن آگاهی، تکالیف خانگی: شناسایی یک عمل با ارزش (هدف رفتاری) جهت انجام در طول هفته.
جلسه ششم	دستورالعمل و مباحثه در مورد عملکرد هیجانات، دستورالعمل کنترل سیکل هیجانی، اجتناب هیجانی (استعاره لجام داغ)، هیجانات واضح در مقابل هیجانات مبهم، تکالیف خانگی: تمرین ذهن آگاهی، شناسایی یک عمل با ارزش (تعیین هدف رفتاری جهت انجام در طول هفته)
جلسه هفتم	استعاره صفحه شطرنج، بحث در مورد خود مشاهده‌گر در مقابل خود مفهومی، تمرین خود مشاهده‌گر، شناسایی یک عمل با ارزش (هدف رفتاری) برای انجام در طول هفته، تکالیف خانگی: انجام عمل با ارزش مشخص
جلسه هشتم	تهدید به عنوان یک فرآیند، شناسایی گام‌های عملیاتی (اهداف کوچک‌تر در خدمت اهداف بزرگ‌تر)، ارائه استعاره باغ داری، موانع رسیدن به اهداف و اشتیاق‌ها جهت پذیرش آن‌ها (استعاره حباب در جاده)، استعاره مسافران در اتوبوس، استعاره صعود به قله، شناسایی یک عمل با ارزش (هدف رفتاری) برای انجام در طول هفته، تکلیف خانگی: انجام یک عمل با ارزش مشخص.

یافته‌ها

میانگین $\pm$ انحراف معیار سن گروه مداخله $39/8 \pm 7/5$ و گروه کنترل، $38/8 \pm 7/2$ سال بود. دو گروه از نظر سن تفاوت معناداری با هم نداشتند ($P\text{-Value} = 0/079$). از نظر جنسیت در گروه مداخله، تعداد ۸ نفر (۴۰ درصد) را زنان و ۱۲ نفر (۶۰ درصد) را مردان و در گروه کنترل، تعداد ۹ نفر (۴۵ درصد) را زنان و ۱۱ نفر (۵۵ درصد) را مردان تشکیل دادند. دو گروه از نظر توزیع جنسیت تفاوت معنادار نداشتند ($P\text{-Value} = 0/856$). یافته‌های توصیفی شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین، انحراف معیار و تعداد آزمودنی‌های نمونه و همچنین جدول

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش‌های زیر استفاده شد. جداول شاخص‌های مرکزی و شاخص‌های پراکندگی مانند میانگین و انحراف استاندارد محاسبه شد. در بخش آمار استنباطی از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد و بدین ترتیب فرضیات پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند. به منظور بررسی پیش‌فرض‌های آزمون استنباطی از آزمون لوین (جهت بررسی همگنی واریانس‌ها)، آزمون کولموگروف اسمیرنف (جهت نرمال بودن توزیع داده‌ها)، آزمون همگنی رگرسیون، آزمون Mbox و آزمون کرویت موچلی استفاده شد. تحلیل‌های آماری فوق با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ به اجرا درآمد.

فراوانی و درصد می‌باشد که برای کلیه متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش در جداول زیر ارائه شده است.

جدول ۲- شاخص‌های مرکزی و پراکندگی نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	پذیرش و تعهد	۵۸/۷۵	۶/۴۹	۶۸/۱۵	۶/۱۹	۶۷/۱۵	۶/۱۲
	کنترل	۵۹/۹۵	۴/۵۱	۶۰/۵۰	۴/۶۲	۶۰/۴۵	۴/۶۸
بهزیستی روان‌شناختی	پذیرش و تعهد	۳۰/۴۵	۳/۵۷	۳۶/۴۵	۳/۵۶	۳۵/۷۵	۳/۳۶
	کنترل	۳۰/۹۰	۴/۲۷	۳۱/۵۵	۴/۰۹	۳۱/۷۰	۳/۹۷

برای بررسی معناداری تفاوت بین نمره کیفیت زندگی در دو گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، جهت رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های M باکس، کرویت موچلی و لوین، بررسی شد. از آنجایی که آزمون M باکس برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس به درستی رعایت شده است. عدم معناداری هیچ یک از متغیرها در آزمون لوین نشان داد که شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده و میزان واریانس خطای متغیر وابسته در تمام گروه‌ها مساوی بوده است و در نهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد که این آزمون نیز برای متغیر کیفیت زندگی ($Mauchly's W = 0.05$; $df = 2$; $P-Value < 0.001$) و بهزیستی روان‌شناختی ($Mauchly's W = 0.43$; $df = 2$; $P-Value < 0.001$) معنی‌دار بوده و بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رعایت نشده است. بنابراین از آزمون گرین‌هاوس گیزر برای بررسی

نتایج آزمون تک متغیره را برای اثرات درون‌گروهی و اثرات متقابل استفاده می‌شود. نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها در سطح 0.0001 معنادار می‌باشد که این مسئله بیان‌گر آن است که میانگین آزمون‌ها از نظر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی ($F = 110.02$) و بهزیستی روان‌شناختی ($F = 79.30$) تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تحلیل واریانس برای عامل درون‌گروهی (مقایسه نمرات در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و عامل بین گروهی (مقایسه نمرات بین گروه مداخله و کنترل) معنادار است. این نتایج به آن معنی است که با در نظر گرفتن اثر گروه، اثر زمان نیز به تنهایی معنادار است. همچنین تعامل گروه و زمان نیز معنادار است ($F = 134.79$; $df = 1/38$) که میزان تأثیر آن 0.78 است. همچنین نتایج نشان می‌دهد که تحلیل واریانس برای متغیر بهزیستی روان‌شناختی برای عامل درون‌گروهی (زمان) و بین گروهی و همچنین تعامل گروه و زمان نیز معنادار است. برای مقایسه زوجی گروه‌ها نیز از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

جدول ۳- تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های مداخله و کنترل

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	مجذور اتا
کیفیت زندگی	زمان	۵۹۷/۷۱	۱/۳۸	۴۳۲/۵۹	۲۲۸/۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۵
	زمان*گروه	۴۷۲/۱۱	۱/۳۸	۳۴۱/۶۹	۱۸۰/۳۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲
	گروه	۵۷۶/۴۰	۱	۵۷۶/۴۰	۶/۵۳	۰/۰۱۵	۰/۱۴
بهزیستی روان-شناختی	زمان	۲۷۲/۴۵	۱/۳۰	۲۰۸/۳۶	۱۵۴/۷۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰
	زمان*گروه	۱۶۵/۳۱	۱/۳۰	۱۲۶/۴۳	۹۳/۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱

گروه	۲۴۰/۸۳	۱	۲۴۰/۸۳	۵/۷۲	۰/۰۲۲	۰/۱۳
------	--------	---	--------	------	-------	------

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که نمره متغیر کیفیت زندگی در گروه مداخله و در مرحله پس‌آزمون، بالاتر از گروه کنترل است. به عبارت دیگر، درمان پذیرش و تعهد اثربخشی بالا بر روی بهبود کیفیت زندگی داشته است. همچنین این نتایج نشان می‌دهند که بیشترین اختلاف میانگین مربوط به نمره کیفیت زندگی در مرحله پیگیری است. نمره متغیر بهزیستی روان‌شناختی در گروه

مداخله و در مرحله پس‌آزمون، بالاتر از گروه کنترل است. به عبارت دیگر، درمان پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی اثر داشته است. این نتایج نشان می‌دهند که بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پیگیری در نمره کیفیت زندگی نسبت به گروه کنترل افزایش معنی‌داری نداشته است.

جدول ۴- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه درمان و کنترل

متغیر	گروه	مراحل	پس‌آزمون	سطح معناداری	پیگیری	سطح معناداری
کیفیت زندگی	درمان پذیرش و تعهد	پیش‌آزمون	-۴/۹۷*	۰/۰۰۱	-۴/۴۵*	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	-	-	۰/۵۲*	۰/۰۰۱
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	-۰/۰۶	۰/۸۹	-۰/۰۸	۰/۷۶
		پس‌آزمون	-	-	-۰/۱۱	۰/۶۳
بهزیستی روان‌شناختی	درمان پذیرش و تعهد	پیش‌آزمون	-۳/۳۲*	۰/۰۰۱	-۳/۰۵*	۰/۰۰۶
		پس‌آزمون	-	-	۰/۲۷	۰/۳۴
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	-۰/۰۶	۰/۸۹	-۰/۰۸	۰/۷۶
		پس‌آزمون	-	-	-۰/۱۱	۰/۶۳

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های به دست آمده، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی اثر داشته است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش هاشمی و همکاران مبنی بر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به سرطان؛ نتایج مطالعه پارسا و محمدی‌فر مبنی بر اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس هم‌سو بود (۱۸، ۱۹).

در تبیین این یافته می‌توان گفت که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هدف این است که به افراد کمک شود تا افکار آزاردهنده‌شان را به عنوان یک فکر تجربه کنند و به جای پاسخ به آن‌ها، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم است بپردازند. افراد یاد می‌گیرند که احساساتشان را بپذیرند و به افکار و فرآیند تفکرشان به وسیله ذهن‌آگاهی بیشتر پرداخته و آن‌ها را در

جهت فعالیت‌های هدف محور پیوند دهند. این رویکرد درمانی افراد را قادر می‌کند تا به شیوه مؤثرتری شرایط بحرانی را مدیریت کنند (۲۰). اجتناب تجربی، یک عامل مهم در ایجاد و حفظ آسیب‌های روانی است که به معنای ارزیابی منفی اغراق‌آمیز از تجارب درونی و عدم تمایل به تجربه آن‌هاست که به تلاش برای کنترل یا فرار از آن‌ها منجر می‌شود. هدف، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است و بیمار تشویق می‌شود تا در حالی که به سوی اهداف ارزشمند خود در حرکت است، با تجربیات، بدون مقاومت ارتباط برقرار کند و آن‌ها را بدون قضاوت، بپذیرد (۲۱).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی بالا بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی داشته است. نتایج این مطالعه با نتایج پژوهش حسینی و همکاران مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری، بهزیستی روان‌شناختی و میزان قند

خون در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲؛ و نتایج پژوهش مقالو و همکاران مبنی بر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد برای افسردگی، بهزیستی روانی و احساس گناه در کودکان دیابتی ۷-۱۵ ساله همسو بود (۱۳،۲۲).

این درمان، یک شیوه درمانی است که همزمان متغیرهای پذیرشی و تغییری را در بردارد به این صورت که موضع این شیوه درمانی در برابر مشکلات غیرقابل تغییر، پذیرش و در برابر مشکلات و رفتارهای قابل تغییر متعهد شدن برای حرکت در راستای تغییر است. بنابراین به بیماران دیابتی پیشنهاد می‌کند که بیماری خود را بپذیرند و از کشمکش‌های غیرضروری و همجوشی با افکار ناخواسته مرتبط با آن اجتناب کنند و در راستای تحقق دیگر ارزش‌های زندگی تلاش کنند (۲۳).

آموزش پذیرش و تعهد که متضمن حل مسئله شناختی رفتاری، آگاهی لحظه به لحظه نسبت به هیجانات و پذیرش بی‌قید و شرط مشکل است، باعث می‌شود که افراد مهارت‌های مورد نیاز برای حل مشکلات را در خود تقویت نمایند. این بیماران دچار تحریفات شناختی و افکار ناکارآمد هستند، فعال شدن این افکار نه تنها باعث تمرکز فرد بر روی خود، نارزنده‌سازی و ناامیدی نسبت به آینده و در نتیجه کاهش خلق می‌شود، بلکه تأثیر زیادی نیز بر روی تشدید علائم می‌گذارد (۲۴).

آموزش شیوه‌های مختلف چالش با افکار غیرمنطقی و انتخاب رویکردی صحیح نسبت به مسئله که در درمان تعهد و پذیرش گسلش شناختی نام دارد با تأثیر بر روی این جنبه‌ها می‌تواند بر سطوح متعدد زندگی از جمله کیفیت زندگی افراد مبتلا به دیابت مؤثر باشد (۲۵).

پژوهش حاضر، مانند هر پژوهش دیگر محدودیت‌هایی داشته است که بیان آن‌ها می‌تواند یافته‌ها و پیشنهادهای پژوهش را تصریح کرده است. محدود بودن نتایج پژوهش به بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، محدود بودن پیشینه پژوهش‌های تجربی و کنترل شده مرتبط با آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله محدودیت‌های پژوهش بود. این پژوهش تنها بر

روی جمعیت بیماران مبتلا به دیابت نوع دو کیش صورت گرفته و در تعمیم نتایج به دیگر شهرها باید جانب احتیاط رعایت شود. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در گروه نمونه دیگری نیز انجام شود و نتایج آن با نتایج این پژوهش مقایسه شود و درمان‌های معرفی شده در این پژوهش با سایر مداخلات روان‌شناختی مقایسه شود. پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در سایر شهرها نیز صورت گیرد و نتایج آن مورد ارزیابی قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود این پژوهش پس از آموزش گروهی به صورت مشاوره فردی نیز پیگیری شود. کسب آگاهی و توجه ویژه متخصصان گروه پزشکی بر عوامل تأثیرگذار روان‌شناختی بر ایجاد و سیر بالینی برخی اختلالات روان‌تی، می‌تواند علاوه بر تشخیص زودهنگام این اختلالات، در تعاملی مؤثر با روان‌شناسان و متخصصان علوم رفتاری، کمک بزرگی در درمان و افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران باشد. وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، بیمارستان‌ها و سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره با اجرای کارگاه‌های آموزش گروهی درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، زمینه را برای آشنایی هر چه بیشتر روان‌شناسان، پزشکان با مفاهیم آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را فراهم نمایند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌المللی کیش و همچنین تمامی بیماران و خانواده آن‌ها برای یاری رساندن در انجام طرح، صمیمانه قدردانی کنند.

تأییدیه اخلاقی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی سلامت در گروه روان‌شناسی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌المللی کیش است. این مطالعه دارای کد کمیته اخلاق

IR.HUMS.REC322.1398 از دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان است.

بازبینی ۳۰ درصد؛ حمید افشار زنجانی (نویسنده سوم و مسئول) بازبینی اصلی و نظارت بر داده‌ها ۵۰ درصد.

تعارض منافع

بنا به اظهارات نویسندگان این مقاله، هیچ گونه تعارض منافی ندارد.

حمایت مالی

این مقاله از طرف هیچ گونه نهاد یا مؤسسه‌ای حمایت مالی نشده و تمام منابع مالی آن از طرف نویسنده اول تأمین شده است.

سهم نویسندگان

عباس مولوی (نویسنده اول) تهیه نسخه اصلی مقاله ۲۰ درصد؛ کبری حاجی‌علیزاده (نویسنده دوم) تهیه نسخه اصلی و

References

1. Marso SP, Daniels GH, Brown-Frandsen K, Kristensen P, Mann JF, Nauck MA, et al. Liraglutide and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2016; 375(4):311-22. DOI: 10.1056/NEJMoa1603827
2. Model CC. Standards of medical care in diabetes—2015 abridged for primary care providers. *Diabetes Care*. 2015; 38(1):S1-94. DOI: 10.2337/diaclin.33.2.97
3. Claros Benítez DI, Mendoza Tascón LA. Impacto de los trastornos hipertensivos, la diabetes y la obesidad materna sobre el peso, la edad gestacional al nacer y la mortalidad neonatal. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2016; 81(6):480-8. DOI: 10.4067/S0717-75262016000600005
4. Rostami M, Rasouli M, Kasaei R. Comparison of the effect of group counseling based on spirituality-based therapy and acceptance and commitment therapy (ACT) on improving the quality of life the elderly. *JAC*. 2019 Aug 23;9(1):87-110. DOI: 10.22055/JAC.2019.28942.1664.
5. Dumuid D, Olds T, Lewis LK, Martin-Fernández JA, Katzmarzyk PT, Barreira T, et al. Health-related quality of life and lifestyle behavior clusters in school-aged children from 12 countries. *J Pediatr*. 2017; 183:178-83. DOI: 10.1016/j.jpeds.2016.12.048
6. Bayati A, Abbasi P, Bashiri H, Dehghan F, Yazdanbakhsh K. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological well-being in women with MS. *IIOABJ*. 2017; 8(1):82-6.
7. Massey CN, Feig EH, Duque-Serrano L, Huffman JC. Psychological well-being and type 2 diabetes. *Curr Res Diabetes Obes J*. 2017; 4(4):555641. DOI: 10.19080/CRDOJ.2017.04.555641
8. Frühauf A, Niedermeier M, Elliott LR, Ledochowski L, Marksteiner J, Kopp M. Acute effects of outdoor physical activity on affect and psychological well-being in depressed patients: A preliminary study. *Ment Health Phys Act*. 2016; 10:4-9. DOI: 10.1016/j.mhpa.2016.02.002
9. Pinto A, Faiz O, Davis R, Almoudaris A, Vincent C. Surgical complications and their impact on patients' psychosocial well-being: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2016; 6(2):e007224. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-007224
10. Lin J, Lüking M, Ebert DD, Buhrman M, Andersson G, Baumeister H. Effectiveness and cost-effectiveness of a guided and unguided internet-based acceptance and commitment therapy for chronic pain: Study protocol for a three-armed randomised

- controlled trial. *Internet Interv.* 2015; 2(1):7-16. DOI: 10.1016/j.invent.2014.11.005
11. Dindo L, Van Liew JR, Arch JJ. Acceptance and commitment therapy: A transdiagnostic behavioral intervention for mental health and medical conditions. *Neurotherapeutics.* 2017; 14(3):546-53. DOI: 10.1007/s13311-017-0521-3
 12. Jennings T, Flaxman P, Egdell K, Pestell S, Whipday E, Herbert A. A resilience training programme to improve nurses' mental health. *Nurs Times.* 2017; 113(10):22-6.
 13. Hosseini S S, Ahadi M, Hatami M, Khalatbari J. Comparison of the effectiveness of mindfulness-based therapy and acceptance and commitment therapy on resilience, psychological well-being and blood sugar levels in patients with type 2 diabetes. *IJPN.* 2021; 9(1):89-102. [Persian]
 14. Behrouz B, Bavali F, Heidarizadeh N, Farhadi M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological symptoms, coping styles, and quality of life in patients with type-2 diabetes. *J Health.* 2016; 7(2):236-53.
 15. Usefy AR, Ghassemi GR, Sarrafzadegan N, Mallik S, Baghaei AM, Rabiei K. Psychometric properties of the WHOQOL-BREF in an Iranian adult sample. *Community Ment Health J.* 2010; 46(2):139-47. DOI: 10.1007/s10597-009-9282-8
 16. Ryff CD. In the eye of the beholder: Views of psychological well-being among middle-aged and older adults. *Psychol Aging.* 1989; 4(2):195-212. DOI: 10.1037/0882-7974.4.2.195
 17. Moeini B, Shafii F, Hidarnia A, Babaii GR, Birashk B, Allahverdipour H. Perceived stress, self-efficacy and its relations to psychological well-being status in Iranian male high school students. *Self Identity.* 2008; 36(2):257-66. DOI: 10.2224/sbp.2008.36.2.257
 18. Hashemi Z, Afshari A, Einy S. The effectiveness of acceptance and commitment education on improving the mental health and quality of life of elderly people with cancer. *Iran J Health Educ Health Promot.* 2020; 8(2):160-71. [Persian] DOI: 10.29252/ijhehp.8.2.160
 19. Parsa M, Sabahi P, Mohammadifar M. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy to improving the quality of life in patients with multiple sclerosis. *Clin Neurosci J.* 2018; 10(1):21-8. [Persian] DOI: 10.22075/jcp.2018.11686.1156
 20. Zamani E, Moatamedy A, Bakhtiari M. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on anxiety in multiple sclerosis. *Health Psycho.* 2017; 5(20):152-67. [Persian]
 21. Davoudi M, Taheri AA, Foroughi AA, Ahmadi SM, Heshmati K. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on depression and sleep quality in painful diabetic neuropathy: a randomized clinical trial. *J Diabetes Metab Disord.* 2020; 19(2):1081-8. DOI: 10.1007/s40200-020-00609-x
 22. Moghanloo VA, Moghanloo RA, Moazezi M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy for depression, psychological well-being and feeling of guilt in 7-15 years old diabetic children. *Iran J Pediatr.* 2015; 25(4). DOI: 10.5812/ijp.2436
 23. Baghban Baghestan A, Aerab Sheibani KH, Javedani Masrur M. Acceptance and commitment based therapy on disease perception and psychological capital in patients with type II diabetes. *Horizon Med Sci.* 2017; 23(2):135-40. [Persian] DOI: 10.18869/acadpub.hms.23.2.135
 24. Kaboudi M, Dehghan F, Ziapour A. The effect of acceptance and commitment therapy on the mental health of women patients with type II diabetes. *Ann Trop Med Public Health.* 2017 Nov 1;10(6). DOI: 10.4103/ATMPH.ATMPH_607_17
 25. Maghsoudi Z, Razavi Z, Razavi M, Javadi M. Efficacy of acceptance and commitment therapy for emotional distress in the elderly with type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2019; 12:2137. DOI: 10.2147/DMSO.S221245

The effectiveness of acceptance and commitment based therapy on quality of life and psychological well-being of patients with type 2 diabetes

Abas Molavi¹Hamid Afshar Zanjani^{2*}Kobra Haji Alizadeh³

1. Department of Health Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran.

2. Department of Psychiatry, School of Medicine and Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

3. Department of Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran.

Abstract

Introduction: The aim of this study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment based therapy on quality of life and psychological well-being in patients with type 2 diabetes.

Methods: The present study was of applied and semi-experimental type with three-month follow-up which conducted in 2020. The statistical population of this study included patients with type 2 diabetes referring to kish island medical centers. The sample consisted of 40 patients with type 2 diabetes who were selected by available sampling method and were assigned into two groups of acceptance and commitment therapy (n=20) and control (n=20). Participants completed Reef's Quality of Life and Psychological Well-Being Questionnaire. Acceptance and commitment therapy was performed in 8 sessions of 90 minutes and once a week for two months. Mancova method and analysis of variance with repeated measurements were used to analyze the data. Statistical analysis was performed using SPSS software.

Results: The findings of this study showed that acceptance and commitment therapy was effective in improving the quality of life (P-Value<0.01) and psychological well-being (P-Value<0.01). The effectiveness of acceptance and commitment therapy remained lasting after three months of follow-up.

Conclusion: Acceptance and commitment based therapy can be used to increase the quality of life and psychological well-being of patients with type 2 diabetes.

Key Words: Acceptance and Commitment Therapy, Quality of Life, Psychological Well-Being, Type 2 Diabetes.

Original Article

Received: 30 May 2021

Accepted: 25 Nov 2021

How to cite this article: Molavi A, Afshar Zanjani H, Haji Alizadeh K. The effectiveness of acceptance and commitment based therapy on quality of life and psychological well-being of patients with type 2 diabetes. *Journal of Preventive Medicine*. 2021; 8(4):78-87.

Correspondence: Hamid Afshar Zanjani, Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine and Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Tel: +98 9916923088

Email: afshar@med.mui.ac.ir

ORCID: 0000-0001-7787-8725