

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در شهر اصفهان

مریم حر*^۱، غلامرضا منشی^۱

چکیده

مقدمه: بیماری دیابت علاوه بر مشکلات فیزیولوژیک، مشکلات روان‌شناختی نیز برای افراد به وجود می‌آورد. بنابراین هدف پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در شهر اصفهان بود. **روش‌ها:** روش پژوهش نیمه آزمایشی و طرح آن به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله‌ی پیگیری بود. جامعه‌ی آماری شامل بیماران دیابتی مرکز خیریه‌ی دیابت اصفهان در سال ۱۳۹۴ بود. جهت انجام پژوهش حاضر، از بین جامعه‌ی آماری تعداد ۳۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو، با استفاده از روش نمونه‌گیری غیر احتمالی در دسترس و هدفمند انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه). ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه‌ی سلامت عمومی (GHQ) و پرسشنامه‌ی جمعیت‌شناسی بود. پس از اجرای پیش‌آزمون، گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در طی ۸ هفته دریافت کرد، در حالی که گروه گواه در طی فرآیند انجام پژوهش، از دریافت این مداخله بی‌بهره بود. پس از تمام جلسات درمانی، افراد هر دو گروه تحت انجام پس‌آزمون قرار گرفتند. پس از دو ماه آزمون پیگیری نیز صورت پذیرفت. پس از جمع‌آوری داده‌ها، عمل تحلیل داده‌ها، به وسیله روش تحلیل آماری کواریانس با استفاده از بسته نرم‌افزاری SPSS21 صورت پذیرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین نمرات پس‌آزمون و پیش‌آزمون گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$). نتایج همچنین نشان داد اثر درمان در زمان پیگیری ماندگار بود ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر معنادار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، پیشنهاد می‌شود از این روش در جهت افزایش سلامت روان این بیماران بهره‌برده شود.

واژگان کلیدی: سلامت روان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، دیابت نوع دو

۱- گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

* نشانی: اصفهان، ارغوانیه، بلوار دانشگاه، صندوق پستی: ۸۱۵۹۵-۱۵۸، تلفن: ۰۳۱۳۵۳۵۴۰۰۱، فکس: ۰۳۱۳۵۳۵۴۰۶۰، پست الکترونیک:

info@khuif.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۶/۲۹

تاریخ درخواست اصلاح: ۱۳۹۶/۶/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۳/۲۵

مقدمه

در چند دهه‌ی اخیر نوع جدیدتری از بیماری‌ها تحت عنوان بیماری‌ها و اختلالات روان‌تنی (Psychosomatic) ظهور کرده‌اند که عوامل هیجانی و روانی در ایجاد آنها دخیل هستند. ویژگی اساسی این تغییر نوع بیماری‌ها، پررنگ‌تر شدن نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی و اهمیت یافتن تأثیر ساختارها و رفتارهای اجتماعی بر پیدایش، توزیع و درمان بیماری‌های مذکور بوده است. ظهور و بروز اختلالات روان‌تنی، نیازمند آن است که عوامل روان‌شناختی و نشانه‌های جسمی به‌طور هم‌زمان با یکدیگر پیوند و نزدیکی دائم داشته باشند [۱]. از بین این عوامل، بیماری‌های مزمن، بیشترین تأثیر منفی را بر روند سلامت عمومی و کیفیت زندگی افراد دارند. علت اساسی این موضوع، میزات بالای شیوع بیماری‌های مزمن، عوارض بالای ناشی از بیماری، زمان طولانی ابتلا افراد به این بیماری‌ها و درمان دراز مدت و ناکافی آن می‌باشد [۲].

دیابت یکی از چالش‌های بهداشتی دهه‌های اخیر است که بار اقتصادی فراوانی را به جامعه تحمیل می‌نماید. صاحب نظران عقیده دارند که شیوع اخیر دیابت نوع دو در جامعه ارتباط مشخصی با تغییر در ویژگی‌های ژنتیک و قومیتی افراد جامعه ندارد، بلکه تغییر در سبک زندگی افراد و مدرن شدن جامعه، بیشترین تأثیر را در افزایش بروز دیابت داشته است. افرادی که استعداد ژنتیکی مشابهی در ابتلا به دیابت دارند، با تغییر سبک زندگی آن‌ها، میزان شیوع ابتلا به دیابت تغییر می‌کند [۳].

مطالعات مختلفی وجود دارند که ارتباط دیابت و کاهش سلامت روان را نشان می‌دهد [۴]. در طول دهه‌های گذشته جنبه‌های روان‌شناختی دیابت نظر بسیاری از متخصصان را به خود جلب کرده است، چرا که دیابت به‌عنوان یکی از پُر زحمت‌ترین بیماری‌های مزمن از لحاظ هیجانی و رفتاری به شمار می‌آید [۵]. این در حالی است که انگیزش بیمار نقش اساسی در مدیریت بیماری دیابت دارد. افراد دارای سلامت روان ضعیف، انگیزه و قدرت هیجانی کافی برای مدیریت دیابت خود را ندارند. سازگاری روانی اجتماعی یک عامل و در عین حال نتیجه مهم مراقبت از دیابت، از هر دو جنبه‌ی کیفیت زندگی و اثرات درمانی است [۶]. در مقایسه با افراد سالم، بیماران دیابتی از توان عملکردی [۷] و سلامت روان

کمتری برخوردارند که نیاز بیشتر به استفاده از خدمات مراقبتی درمانی و صرف هزینه‌های بالاتر را موجب می‌گردد [۸].

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 و مختل شدن عملکرد جنسی ناشی گردد [۹]. کنترل این بیماری متأثر از شبکه پیچیده‌ای از عوامل رفتاری، نگرش و مراقبت‌های سلامتی است [۱۰]. دیابت یکی از عوامل تنیدگی‌زای عمده و واقعی در زندگی است که انطباق و مقابله‌ی روان‌شناختی، هیجانی و جسمانی قابل ملاحظه‌ای را می‌طلبد. پژوهش‌ها حاکی از تأثیر کاهش تنیدگی مبتنی بر مراقبت ذهنی بر سلامتی و تندرستی بیماران مبتلا به دیابت است [۱۱]. تحقیقاتی پیرامون میزان سطح سلامت روان در بیماران دیابتی انجام شده از جمله، پژوهش صادقی موحد و همکاران [۱۲]، نشان داد ۵۴ درصد از افراد مبتلا به دیابت، مشکوک به اختلال روانی هستند. ضمن این که سلامت روان این افراد رابطه‌ی معکوس با طول مدت بیماری ایشان دارد، یعنی بیمارانی که طول مدت بیماری آنها بیش از ۴ سال است، از سلامت روان کمتری برخوردارند.

در پژوهشی دیگر که بر روی بیماران دیابتی انجام دادند دریافته‌اند که آنها در مقایسه افراد سالم، از سلامت روان کمتری برخوردارند که نیاز بیشتر به استفاده از خدمات مراقبتی درمانی و صرف هزینه‌های بالاتر را موجب می‌گردد [۱۳]. روش‌های درمانی مختلفی جهت افزایش سلامت روان بیماران دیابتی پیشنهاد شده است. یکی از جدیدترین درمان‌ها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy) است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با درمان شناختی رفتاری سنتی متفاوت است. اصول زیر بنایی آن شامل: ۱) پذیرش، یا تمایل به تجربه درد و یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آنها ۲) عمل مبتنی بر ارزش (Values-based) یا تعهد توأم با تمایل به عمل به‌عنوان اهداف معنی‌دار شخصی بیش از حذف تجارب ناخواسته، است. این روش شامل تمرینات مبتنی بر مواجهه (Exposure-based)، استعاره‌های زبانی و روش‌هایی چون مراقبت ذهنی است [۱۴]. هدف اصلی درمان

حال با توجه به آسیب‌های روان‌شناختی حاصل از بیماری دیابت نوع دو و همچنین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های مختلف روانی همچون استرس پس از سانحه [۱۹، ۱۸]، بر اختلال‌های افسردگی و اضطراب [۲۰]، در درمان پُرخوری عصبی [۲۱]، هراس اجتماعی [۲۲] و افسردگی [۲۳] و بالاخره نبود پژوهشی در راستای تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، مسئله‌ی اصلی پژوهش حاضر این است که تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مورد بررسی قرار گیرد.

روش‌ها

روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر شامل کلیه‌ی بیماران دیابتی نوع دو بود که در سال ۱۳۹۴ به مؤسسه‌ی خیریه دیابت مراجعه کرده بودند. جهت نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری غیر احتمالی در دسترس و هدفمند استفاده شد. بدین صورت که با مراجعه به مؤسسه خیریه دیابت از بین مراجعینی که توسط پزشک متخصص تشخیص دیابت نوع دو را گرفته بودند و ملاک‌های ورود به پژوهش (شرط سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، میزان تحصیلات دیپلم به بالا و سابقه‌ی حداقل ۳ سال بیماری دیابت نوع دو) را دارا بودند، تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به‌صورت گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه). سپس گروه آزمایش مداخله‌ی آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به‌مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمود. در حالی که گروه گواه در طول فرآیند پژوهش از دریافت این مداخله آموزشی بی‌بهره بود.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه‌ی سلامت عمومی (General Health Questionnaire): این پرسشنامه توسط Goldberg در سال ۱۹۷۹ برای تفکیک افراد مبتلا به اختلالات روانی از جمعیت مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی عمومی ساخته است. در پژوهش حاضر از پرسشنامه‌ی ۱۲ سوالی سلامت عمومی استفاده می‌شود که

مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا درحقیقت به فرد تحمیل شود. در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی، فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد [۱۵].

در رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سلامت روان شناختی به توانایی برای زندگی کردن طبق ارزش‌های انتخاب شده اشاره دارد و همزمان با آن فرد با واکنش‌های درونی‌اش (افکار، عواطف، خاطرات و احساسات بدنی) تماسی غیردفاعی دارد. از این دیدگاه سلامت یک حالت نیست، بلکه فرآیند تغییر در حوزه‌هایی خاص است (یعنی پذیرش و عمل ارزشمند). پذیرش شامل تجربه‌ی رویدادها به‌طور کامل و عاری از دفاع می‌باشد [۱۴]. در جریان مداخله‌ی درمانی به کمک استعاره‌های مخصوص، اجتناب تجربی کاهش می‌یابد و این در افزایش سلامت روانی نقش عمده دارد. بیماران همچنین ترغیب می‌شوند که افکار و هیجانات را آن‌گونه که بروز می‌یابند تجربه کنند و سعی در قضاوت ارزیابی، تغییر و یا اجتناب از آنها را نداشته باشند [۱۵].

اگرچه در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روش‌های درمانی برحسب حضور ذهن یا مراقبه توصیف نمی‌شوند، اما راهبردهایی مطرح است که شامل رویکردهای حضور ذهن هستند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مراجعان می‌آموزند که چگونه یک خود مشاهده‌گر (Observing self) قادر است حس‌های بدنی، افکار و هیجانات را ببیند و ترغیب می‌شوند تا این پدیده‌ها را به‌عنوان شخصی که آنها را در اختیار دارد، مجزا کند [۱۶]. در پژوهش حاضر نیز برای ارتقاء سلامت روانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بر روی مقابله‌ی منفعل و اجتناب تجربی کار انجام می‌پذیرد. به‌عبارت دیگر بیماران دیابتی از عوارض بیماری و حقایق مربوط به آن اجتناب می‌کنند. اجتناب تجربی عبارت است از تلاش به‌منظور فرار یا اجتناب نمودن از شکل و فراوانی رویدادهای شخصی، به‌خصوص زمانی که این تلاش‌ها باعث ضرر روان‌شناختی شوند [۱۷].

پرسشنامه‌ی اطلاعات جمعیت شناختی: این پرسشنامه توسط پژوهشگر تنظیم شده و شامل سؤالات سن، تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل و مدت ابتلا به دیابت و تعداد اعضای خانواده و میزان درآمد می‌باشد. این پرسشنامه به منظور کنترل این متغیرها (سن، تحصیلات و...) استفاده شد. روش اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از مراجعه به مؤسسه خیریه‌ی دیابت تعداد ۳۰ نفر از افراد دارای دیابت نوع دو به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند. سپس پرسشنامه‌ی سلامت عمومی و پرسشنامه‌ی جمعیت‌شناسی در اختیار بیماران هر دو گروه قرار گرفت. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، قبل از توزیع پرسشنامه‌ها توضیحات مختصری درباره‌ی پرسشنامه به بیماران داده شد. در شروع تکمیل پرسشنامه به مراجعان گفته شد این کار صرفاً جنبه‌ی تحقیقاتی دارد به آنها اطمینان خاطر داده شد که پاسخ‌ها محرمانه خواهد ماند. همچنین به گروه گواه نیز اطمینان داده شد که پس از اتمام فرآیند پژوهش، آنان نیز مداخله‌ی آموزشی پژوهش را دریافت خواهند کرد. سپس مداخله‌ی آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت گروهی طی ۲ ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به افراد گروه آزمایش ارائه گردید. سپس اعضای دو گروه به وسیله پرسشنامه‌ی سلامت عمومی مورد سنجش قرار گرفتند. به منظور سنجش حفظ اثر مداخله درمانی، پرسشنامه‌ی مذکور پس از دو ماه توسط هر دو گروه آزمایشی و کنترل مجدداً پاسخ داده شد.

شامل ۱۲ سؤال از پرسشنامه‌ی اصلی است که همانند فرم‌های دیگر، هر یک از سؤالات شدت مشکلات روانی را در چند هفته (یا یک ماه) اخیر می‌سنجد. پرسشنامه‌ی سلامت عمومی ۱۲ سؤالی دارای ساختار تک وجهی (Unidirectional) ولی در بعضی از مطالعات خرده مقیاس‌های اضطراب و افسردگی (۴ سؤال)، اختلال در کارکرد اجتماعی (۶ سؤال) و عدم اعتماد به نفس (۲ سؤال) برای آن شناسایی شده است [۲۴]. پرسشنامه‌ی مذکور نیز همانند پرسشنامه‌ی ۲۸ سؤالی، یک آزمون مبتنی بر روش خودسنجی می‌باشد که معمولاً در مجموعه‌های بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد. روش نمره‌گذاری گزینه‌های پرسشنامه‌ی سلامت عمومی با استفاده از مدل ساده‌ی لیکرت به صورت (۰-۱-۲-۳) است، یعنی گزینه الف نمره‌ی صفر، گزینه ب نمره‌ی یک، گزینه ج نمره‌ی دو و گزینه د نمره‌ی سه می‌گیرد. حداکثر نمره‌ی آزمودنی با این روش نمره‌گذاری پرسشنامه‌ی سلامت عمومی، ۳۶ خواهد شد.

خدایاری فرد و همکاران در سال ضریب پایایی پرسشنامه‌ی ۱۲ سؤالی را ۰/۸۵ گزارش نمودند [۲۵]. همچنین Cheung و همکاران ضریب پایایی پرسشنامه‌ی سلامت عمومی را به روش بازآزمایی ۰/۴۷ به دست آوردند. علاوه بر این ضریب آلفا برای کل مقیاس، برابر ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب، بدکارکردی اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۶۶، ۰/۷۲، ۰/۷۹ و ۰/۸۵ به دست آمده است [۲۶]. از طرفی Molavi و همکاران پایایی ۰/۸۶ را برای پرسشنامه‌ی سلامت عمومی گزارش کرده است [۲۷].

جدول ۱- خلاصه جلسات آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه‌ی اول	آشنایی و ایجاد ارتباط با اعضای گروه، آموزش روانی، توزیع پرسشنامه‌ها
جلسه‌ی دوم	بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آنها، کارآمدی به‌عنوان معیار سنجش، ایجاد ناامیدی خلاقانه
جلسه‌ی سوم	بیان کنترل به‌عنوان مشکل سنجش عملکرد، بیان کنترل به‌عنوان مسأله (مشکل)
جلسه‌ی چهارم	مرور تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی گسلش، کار برد تکنیک‌های گسلش شناختی، استراحت و پذیرایی مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان، تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف
جلسه‌ی پنجم	مرور تکلیف و تعهد رفتاری، مشاهده خود به‌عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به‌عنوان مشاهده گر، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار
جلسه‌ی ششم	سنجش عملکرد، کار برد تکنیک‌های ذهن آگاهی، تضاد بین تجربه و ذهن، الگوسازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به عنوان یک فرآیند
جلسه‌ی هفتم	سنجش عملکرد، معرفی مفهوم ارزش، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج، کشف ارزش‌های عملی زندگی
جلسه‌ی هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها

میان دامنه‌ی سنی ۲۵ تا ۳۰ سال ۳۹/۹ درصد؛ ۳۱ تا ۳۵ سال ۳۷/۸ درصد و دامنه‌ی سنی ۳۶ تا ۴۰ سال کمترین درصد فراوانی ۲۲/۳ درصد بود. همچنین این افراد دارای سطح تحصیلات دیپلم تا کارشناسی ارشد بودند که در این بین سطح تحصیلات دیپلم بیشترین فراوانی با ۴۶/۷ درصد و سطح تحصیلات فوق لیسانس کمترین فراوانی با ۱۳/۲ درصد بود. افراد نمونه پژوهش سابقه‌ی ابتلا به دیابت نوع دو را در دامنه‌ی ۳ تا ۱۷ سال داشتند که در این میان دامنه‌ی ۵ تا ۸ سال با ۲۹/۲ درصد بیشترین میزان را به خود اختصاص داده بود.

تجزیه و تحلیل داده‌ها، با استفاده از بسته‌ی نرم افزاری SPSS21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بدین صورت در تحلیل توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی جهت آزمون فرضیه پژوهش از تحلیل کواریانس استفاده گردید.

یافته‌ها

نتایج داده‌های جمعیت شناختی نشان‌گر آن بود که افراد گروه پژوهش دارای دامنه‌ی سنی ۲۰ تا ۴۰ سال بودند، که در این

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار مولفه سلامت روان در مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و گواه

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گروه آزمایش	۱۷/۶۶	۴/۸۵	۱۲/۵۳	۳/۰۶	۱۱/۴۶	۲/۳۳
گروه گواه	۱۷/۳۳	۴/۷۴	۱۶/۸۶	۴/۲۷	۱۶/۶۶	۳/۸۴

نتایج آزمون لوین جهت بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌ها نشان داد که پیش فرض همگنی واریانس توزیع نمرات رعایت گردیده شده است ($P > 0/05$). همچنین نتایج آزمون کلموگراف- اسمیرنف جهت بررسی پیش فرض نرمال توزیع نمونه‌ای داده‌ها نیز نشان داد که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها برقرار بوده ($P > 0/05$) و استفاده از آزمون‌های پارامتریک با محدودیتی مواجه نمی‌باشد.

نتایج تحلیل توصیفی بیانگر این است که نمرات سلامت روان در گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه کاهش یافته است. ذکر این نکته ضروری است که کاهش نمرات در پرسشنامه‌ی سلامت روان حاکی از بهبود فرد در این مؤلفه است. حال جهت بررسی معناداری این تغییرات به بررسی آمار استنباطی (تحلیل کواریانس) پرداخته می‌شود. اما قبل از ارائه نتایج آن به بررسی پیش فرض‌های تحلیل‌های پارامتریک پرداخته می‌شود.

جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر سلامت روان در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

موقعیت	متغیرها	مجموعه	درجه	میانگین	F	(P)	میزان	توان
		مجذورات	آزادی	مجذورات		معناداری	تأثیر	آماری
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱۵۶/۲۰۵	۱	۱۵۶/۲۰۵	۱۸/۲۳۷	۰/۰۰۰	۰/۴۰۳	۰/۹۸۴
	عضویت گروه	۱۵۱/۵۰۵	۱	۱۵۱/۵۰۵	۱۷/۶۸۸	۰/۰۰۰	۰/۳۹۶	۰/۹۸۲
پیگیری	پیش‌آزمون	۱۳۴/۹۹۲	۱	۱۳۴/۹۹۲	۲۵/۶۵۴	۰/۰۰۰	۰/۴۸۷	۰/۹۸۴
	عضویت گروه	۲۱۴/۵۹۵	۱	۲۱۴/۵۹۵	۴۰/۷۸۲	۰/۰۰۰	۰/۶۰۲	۰/۹۸۲

(پیش‌آزمون، سن، تحصیلات) در گروه آزمایش و گواه، در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری، معنادار بوده ($P < 0/01$) و لذا

همان‌طور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین‌های تعدیل شده پس از کنترل متغیرهای مداخله‌گر

دارند. همچنین نتایج پژوهش حاضر با پژوهش دیگری [۳۰] که در آن با کمک مداخلات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی افزایش انعطاف پذیری روانی و افزایش سلامت روان را نشان داد، همسو می‌باشد.

به نظر می‌رسد تغییرات درمانی این روش ناشی از تکنیک‌هایی است که به بیماران مبتلا به دیابت نوع دو کمک نموده تا بتوانند بیماری خود و مسائل جانبی آن را بیشتر بپذیرند و از میزان اجتناب آنها کاسته شده و آنها با این روش پی‌جویی، ارزش‌های زندگی‌شان را بیشتر دنبال می‌کنند و این سازوکارها همان سازوکارهایی هستند که در تعریف و ضابطه‌مندی کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان اختلالات مختلف به آنها اشاره شده است. تقویت توانایی توجه بدون قضاوت به افکار، تصاویر ذهنی و خاطرات آسیب‌زای ناشی از حادثه آسیب‌زا (یعنی پرورش مهارت‌های ذهن آگاهی) یکی دیگر از سازوکارهای تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش سلامت روان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، می‌تواند باشد. از مهم‌ترین مشکلات بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، وجود اضطراب و نقص در عملکرد سلامت روانی آنان در اثر مشکلات حاصل از این بیماری می‌باشد [۳۱]. زیرا وقتی اضطراب حالت پیش‌رونده به خود می‌گیرد تمامی عملکردهای روانی و روان‌شناختی افراد را متأثر ساخته و این فرآیند سبب آسیب دیدن سلامت روان آنان می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به این بیماران کمک کرده تا بتوانند بیشتر با لحظه‌ی حال یا اکنون و تجارب زندگی اینجا و اکنونی خود در تماس باشند و از اینکه ممکن است بیماری دیابت نوع دو بر روی آینده آنها تأثیر زیادی داشته باشد، خود را برهانند.

بنابراین تکنیک‌های این روش درمانی می‌تواند در حکم پادزهری در برابر نقایص آسیب‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو باشد. چرا که در این درمان هدف، ایجاد یک نگرش یا رابطه‌ی متفاوت با افکار نیست بلکه هدف، پذیرش 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 [۳۲]. لذا این چنین نتیجه می‌شود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به سازوکارهای تأثیر خود نظیر پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال و عمل متعهدانه درمانی جامع می‌باشد که جنبه‌ی شناختی رفتاری نیز دارد و

تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود سلامت روان در بیماران دیابتی که در گروه آزمایش قرار داشتند، تأیید شد. همچنین اندازه‌ی اثر متغیر گروه‌بندی در مرحله‌ی پس‌آزمون ۰/۳۹ بوده است. این بدان معنی است ۳۹ درصد از تغییرات متغیر وابسته (سلامت روان) در مرحله‌ی پس‌آزمون به‌وسیله متغیر گروه‌بندی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) تبیین می‌شود. از طرفی اندازه‌ی اثر متغیر گروه‌بندی در مرحله‌ی پیگیری ۰/۶۰ بوده است. این بدان معنی است ۶۰ درصد از تغییرات متغیر وابسته (سلامت روان) در مرحله‌ی پیگیری به‌وسیله متغیر گروه‌بندی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) تبیین می‌شود. بنابراین علاوه بر این که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته منجر به بهبود معنادار سلامت روان بیماران دیابتی نوع دو در مرحله‌ی پس‌آزمون گردد، توانسته این تأثیر را در طول زمان مداومت بخشد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در شهر اصفهان صورت پذیرفت. نتایج نشان داد که بین نمرات پس‌آزمون و پیش‌آزمون گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$). نتایج همچنین نشان داد اثر درمان در زمان پیگیری ماندگار بود ($P < 0/001$).

با توجه به اثر بخشی مداخله آموزش پذیرش و تعهد درمانی در بهبود سلامت روان در پژوهش اخیر، این نتایج با پژوهش Gregg و همکاران [۲۸] که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مدیریت بیماری دیابت و مهارت‌های پذیرش و آگاهی کنترل افکار و احساسات منفی مربوط به دیابت را موفق ارزیابی کرده بود همسو می‌باشد. پژوهش حاضر با پژوهشی که توسط Hayes و همکاران [۲۹] انجام گرفت همسو می‌باشد، در این تحقیق، شرکت‌کنندگانی که آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، و آموزش دیابت را توأمآ دیده بودند و مسائل آموزش پذیرش و آگاهی در مورد افکار احساسات مرتبط با دیابت، ارزش‌های شخصی مربوط به دیابت و تمرکز بر توانمندی‌ها برای حرکت ارزشمند در طول تجربه احساسات را آموخته بودند. نسبت به شرکت‌کنندگان آموزش دیابت به تنهایی، به‌طور معناداری شرایط بهتری در کنترل قند خون

درمانی بر سایر بیماری‌های روان‌تنی مورد بررسی قرار گیرد و جهت بومی سازی این روش درمانی پژوهش‌هایی صورت گیرد. به نظر می‌رسد بیماران با استعاره‌های درمان ارتباط بسیار خوبی برقرار می‌کنند. لذا پیشنهاد می‌شود دامنه‌ی وسیع‌تری از استعاره‌ها جمع‌آوری و در درمان استفاده شود.

سپاسگزاری

بدین وسیله از مدیریت و پزشکان محترم و کارکنان دلسوز مرکز خیریه دیابت امام جواد (ع) اصفهان و شرکت‌کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

می‌تواند روشی کارآمد در بهبود سلامت روان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو باشد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود: با توجه به محدودیت‌های زمانی و مکان اجرای پژوهش، طرح درمانی طی ۸ جلسه هفتگی انجام گرفت. با توجه به مشکلات وسیع بیماران، احتمالاً پروتکل‌های درمانی که تعداد جلسات بیشتری را شامل شود مفیدتر به نظر می‌رسد. فاصله‌ی زمانی کم بین مراحل پس آزمون و پیگیری، هم از محدودیت‌های پژوهش محسوب می‌شد. به منظور تأیید نتایج این پژوهش، اجرای این پژوهش در سایر شهرهای کشور به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که اثربخشی این شیوه‌ی

مآخذ

1. Aruna P, Puviarasan N, Palaniappan B. An investigation of neuro-fuzzy systems in psychosomatic disorders. *Expert Syst* 2005; 28(4): 673-679.
2. Kerr J. Community Health Promotion Changes for practice. *Bailliere Tindad* 2000; 5-23.
3. Joshi SK, Shrestha S. Diabetes Mellitus: A review of its associations with different environmental factors. *Kathmandu University Medicine Journal (KUMJ)* 2010; 8: 109-15.
4. Uden AL, Elofsson S, Andreasson A, Hillered E, et al. Gender differences in self-rated health, quality of life, quality of care, and metabolic control in patients with diabetes. *Gender Medicine* 2008; 5: 162-80.
5. Adili F, Larijani B, Haghghat Panah M. Diabetic Patient: Psychological aspects. *Annals New York Academy of sciences* 2006; 1084: 329-349.
6. Snoek FJ, Skinner TC. Psychological aspects of diabetes management. *Medicine* 2006; 34(2):61-63.
7. Ahroni JH, Boyko EJ, Davignon DR, Pecoraro R. The Health & Functional Status of Veterans with Diabetes. *Diabetes Care* 1994; 17(4):318-21.
8. Nichols GA, Brown JB. Functional status before and after diagnosis of Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine* 2004; 21(7): 793-797.
9. Lee SJ, Lee HC, Yoo JS. Lifestyle modification on glycemic control and body composition in Type 2 diabetes. *Asian Nursing Research* 2007; 1(2).
10. Bachmann MO, Eachus J, Hopper CD, Davey Smith G, Propper C, Pearson NJ. Socio-economic inequalities in diabetes complications, control, attitudes and health service use: a cross-sectional study. *Diabetes Medicine* 2003; 20 (11): 921-9.
11. Whitebied RR, Kreitzer MJ, Oconner PJ. Mindfulness based stress reduction and diabetes. *Diabetes Spectrum* 2009; 22: 226-230.
۱۲. صادقی موحد فریبا؛ مولوی، پرویز؛ شرقی، افشان؛ نریمانی، محمد؛ محمدنیا، حسین؛ دیلمی، پروانه؛ رجیبی، سوران. رابطه سبک‌های مقابله با استرس و سلامت روان در افراد دیابتی. *مجله‌ی اصول بهداشت روانی* ۱۳۸۹؛ ۱۲(۱): ۸۷-۸۰.
13. Nichols GA, Brown JB. Functional status before & after diagnosis of Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine* 2004; 21(7):793-797.
14. Forman EM, Herbert D. *New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear in W. O'donohue, Je. Fisher, (Eds), cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice, 2nd ed. Hoboken, NJ: Wiley, 263-26.2008.*
15. Hayes SC, Luoma JB & Walser RD. *Learning ACT: An Acceptance & Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists.* Oakland, CA: New Harbinger & Reno, NV: Context Press; 2007.
16. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy* 2004; 35: 639-665.
17. Hayes SC, Gifford EV. The trouble with language: Experiential avoidance, rules, and the nature of verbal events. *Psychological Science* 1997; 8: 170-173.
18. Woidneck MR. *Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Posttraumatic Stress Among Adolescents. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Psychology. Utah state university. Logan, Utah; 2012.*

19. Hermann BA, Meyer EC, Schnurr PP, Batten SV, Walser RD. Acceptance and Commitment Therapy for Co-Occurring PTSD and Substance Use: A Manual Development Study, *Journal of Contextual Behavioral Science*, In Press, Accepted Manuscript — Note to users; 2016.
20. Annunziata AJ, Green GD, Marx BP. Acceptance and Commitment Therapy for Depression and Anxiety. *Encyclopedia of Mental Health* (Second Edition) 2016; 1–10.
21. Hill ML, Masuda A, Melcher H, Morgan JR, Twohig MP. Acceptance and Commitment Therapy for Women Diagnosed With Binge Eating Disorder: A Case-Series Study. *Cognitive and Behavioral Practice* 2015; 22(3): 367–378.
۲۲. پورفرج عمران، مجید. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانش آموزان. *مجله‌ی دانش و تندرستی* ۱۳۹۰؛ ۶(۲): ۱–۵.
23. Folke F, Parling T, Melin L. Search results for 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):517-525.
۲۴. نوربالا، احمدعلی؛ باقری یزدی، سیدعباس؛ کاظم، محمد. اعتباریابی پرسشنامه‌ی سلامت عمومی ۲۸ سؤالی به عنوان یک ابزار غربالگری روانی در تهران، *مجله‌ی حکیم* ۱۳۸۷؛ ۱۱(۴): ۲۵–۵۱۷.
۲۵. خدایاری فرد، محمد؛ عابدینی، یاسمن؛ اکبری زردخانه، سعید؛ غباری بناب، باقر؛ سهرابی، فرامرزی؛ یونسی، سیدجلال. اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر سلامت روان زندانیان، *مجله‌ی علوم رفتاری* ۱۳۸۸؛ ۲(۴): ۹۰–۲۸۳.
26. Cheung P, Spears G. Reliability and validity of the Cambodian version of the 28-item general health questionnaire. *Social psychiatry* 1994; 95-99.
27. Molavi H. validity, factor structure and reliability of the Farsi version of general health questionnaire 28 in Iranian students, Pakistan. *Journal of Psychological Research* 2004; 17: 3-40.
28. 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*. 2007; 75(2): 336–343.
29. Hayes SC, Gregg J, Callaghan G. Acceptance and Commitment Therapy for Diabetes Self-management Therapist Manual. *Journal of consulting Clinical Psychology* 2007; 75(2):357-68.
30. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy* 2006; 44: 1–25.
۳۱. مویدی، فرح؛ زارع، شهرام؛ نیکبخت، علی. اضطراب و افسردگی در بیماران دیابتی مراجعه کننده به مراکز درمانی بندرعباس، *مجله‌ی پزشکی هرمزگان* ۱۳۹۳؛ ۱۸(۱): ۷۱–۶۵.
32. Walser RD, Garvert DW, Karlin BE, Trockel M, Ryu DM, Taylor CB. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in treating depression and suicidal ideation in Veterans. *Behavior Research and Therapy* 2015; 74: 25–31.

EFFECTIVENESS OF ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY ON MENTAL HEALTH OF THE PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES IN THE CITY OF ISFAHAN

Maryam Hor^{1*}, Golam Reza Manshaee¹

1. Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) branch, Isfahan, Iran

ABSTRACT

Background: diabetes causes psychological problems besides physiologic ones for the people. Therefore the purpose of the present study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy on mental health of the patients with type 2 diabetes in the city of Isfahan.

Methods: the research method was semi-experimental and its design was pretest, post-test with control group and follow-up stage. The statistical population of included diabetic patients in Isfahan charity diabetes center in 2015. In order to do the study, 30 patients with type 2 diabetes were selected through improbable available and purposeful sampling method and put into experimental and control groups (15 in the experimental and 15 in the control group). The applied instruments were General health questionnaire (GHQ) and demographic questionnaire. After administering pretest, the experimental group received acceptance and commitment therapy during eight ninety-minute sessions in eight weeks while the control group didn't have such intervention. After finishing therapeutic session, the people in two groups had the post test. After two months the follow-up test was administered. After data collection, the data analysis was conducted via COVARISNCE statistical analysis method through SPSS21 software.

Results: the results showed that there is a significant difference between experimental and control group between pretest and posttest scores ($P < 0.001$). The results revealed that the effect of treatment was stable at the follow-up stage ($P < 0.001$).

Conclusion: considering the significant effect of acceptance and commitment therapy on the mental health of the patients with type 2 diabetes, it is suggested to use this method to increase mental health of these patients.

Keywords: Mental health, Acceptance and commitment therapy, Type 2 diabetes

* Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) branch, Arqavanieh, Jay Street, Isfahan, Iran. Box: 81595-158, Tel: +983115354001-9, Fax: (+98)311-5354060, E-mail: info @khuif.ac.ir