

## بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگرهای روان‌شناختی (استرس، کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای) در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

علیرضا آقاییوسفی<sup>۱</sup>، احمد علیپور<sup>۲</sup>، مهرعلی رحیمی<sup>۳</sup>، پرستو عباسپور<sup>۴</sup>

### مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** دیابت نوع ۲، یکی از بیماری‌های مزمن است که اثرات جسمی و روانی عیدیه‌ای برای فرد به دنبال دارد. پژوهش حاضر، با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy یا ACT) بر نشانگرهای روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام گرفت.

**روش‌ها:** پژوهش حاضر، از منظر نحوه‌ی اجرا، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه شاهد و آزمون پی‌گیری بود. جامعه‌ی آماری، شامل تمامی بیماران مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به مرکز دیابت شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۵ بود که واجد پرونده‌ی درمانی بودند. ۴۰ نفر با توجه به معیارهای شمول، به روش در دسترس انتخاب و به صورت جایگزینی تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره‌ی مورد و شاهد قرار گرفتند. افراد گروه مورد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت نمودند، اما افراد گروه شاهد درمان خاصی دریافت نکردند. افراد شرکت‌کننده، پرسش‌نامه‌های راهبردهای مقابله‌ای Lazarus-Folkman، رویدادها و تغییرات زندگی خانوادگی (Family inventory of life events یا FILE) و فرم کوتاه پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت (Diabetes quality of life-brief clinical inventory یا DQOL-BCI) را تکمیل نمودند. تحلیل داده‌ها، با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام گرفت.

**یافته‌ها:** بین میانگین نمرات پس‌آزمون راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار و هیجان‌مدار و نیز استرس، بعد از حذف اثر پیش‌آزمون، در گروه‌های مورد و شاهد، تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $P < 0/010$ )، اما نتایج حاکی از آن بود که در متغیر کیفیت زندگی، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مورد و شاهد وجود نداشت ( $P > 0/050$ ).

**نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج این مطالعه، می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در کاهش مشکلات بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن نظیر دیابت، اثرگذار باشد.

**واژگان کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، مهارت‌های مقابله‌ای، دیابت نوع ۲

**ارجاع:** آقاییوسفی علیرضا، علیپور احمد، رحیمی مهرعلی، عباسپور پرستو. بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگرهای روان‌شناختی

(استرس، کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای) در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۶؛ ۳۵ (۴۶۱): ۱۸۵۹-۱۸۶۶

تعداد بین نیاز به انسولین و تأمین آن به وجود می‌آید. این بیماری مزمن خطرناک، اغلب پیامدهای ناخوشایند فراوانی برای بیماران به همراه دارد و علاوه بر مشکلات جسمانی مهلک (۳-۵)، می‌تواند بر سلامت عمومی و احساس خوب بودن، عملکرد فیزیکی، گسترش عوارض، وضعیت روحی و روانی و ارتباطات فردی، خانوادگی و اجتماعی افراد مبتلا تأثیرات منفی داشته باشد (۳).  
کیفیت زندگی از جمله سازه‌هایی است که ممکن است در اثر

### مقدمه

امروزه نظام‌های سلامت، مهم‌ترین برنامه‌های خود را مبتنی بر ارتقای سلامت روان در کنار سلامت جسمی ترسیم نمودند (۱). دیابت ملیتوس، یک بیماری مزمن فراگیر رو به رشد است که علاوه بر تأثیر بر وضعیت بالینی فرد، هزینه‌های گزافی را به جوامع مختلف در سرتاسر جهان تحمیل می‌کند (۲). دیابت ملیتوس، نوعی بیماری است که به علت ناتوانی بدن در تولید و یا مصرف انسولین و به دنبال عدم

۱- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۳- دانشیار، گروه داخلی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۴- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

نویسنده‌ی مسؤول: پرستو عباسپور

افسردگی، عملکرد روان‌شناختی، سازگاری با بیماری، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت رابطه دارند (۱۷-۱۶) و کیفیت زندگی و کنترل سوخت و ساز بیماران مبتلا به دیابت را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۱۳).

پذیرش، برنامه‌ریزی، قاب‌بندی مجدد مثبت، حمایت عاطفی و ابزاری و پرت کردن حواس خود، اصلی‌ترین راهبردهای مقابله‌ای بیماران مبتلا به دیابت به شمار می‌روند (۱۵). شناسایی مهارت‌های مقابله‌ای بیماران در انتخاب روش‌های درمانی به بیماران مؤثر است. یکی از درمان‌هایی که می‌تواند در کاهش آسیب‌های روانی بیماران مبتلا به دیابت مؤثر باشد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy یا ACT) است که خط جدیدی در درمان بیماری‌های مزمن به شمار می‌رود (۱۹-۱۸).

محققین معتقدند که مداخله‌ی مبتنی بر پذیرش و تعهد، با تأکید بر شناخت ارزش‌ها و پای‌بندی به آن‌ها در جهت درمان، توجه به بافت‌شناسی و جلوگیری از اجتناب، می‌تواند به بیماران مزمن کمک کند (۲۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سال‌های اخیر و تأثیر آن در حوزه‌ی سلامت، علاقه‌ی بسیاری از محققان را به خود جلب کرده است. اصول زیربنایی این نوع درمان عبارت از پذیرش یا تمایل به تجربه‌ی درد یا دیگر رویدادهای آشفته‌کننده بدون اقدام به مهار آن‌ها و عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنی‌دار شخصی پیش از حذف تجارب ناخواسته می‌باشند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی، شامل تمرینات مبتنی بر مواجهه، استعاره‌های زبانی و روش‌هایی چون مراقبت ذهنی است (۲۱). 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 شود (۲۲).

از طرفی، عنوان می‌شود که تبعیت از درمان در این بیماران، به عوامل مختلفی نظیر سبک‌های مقابله‌ای (۲۳) و کیفیت زندگی آنان مرتبط است. به همین دلیل، لازم است که نقش درمان‌های مختلف در بهبود شاخص‌های روان‌شناختی بیماری مورد بررسی و مقایسه قرار گیرد تا به واسطه‌ی انتخاب روش‌های درمانی مناسب، از اتلاف زمان و تحمیل هزینه‌های اضافی به بیماران و سیستم سلامت کشور جلوگیری شود. مطالعه‌ی حاضر، با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگرهای روان‌شناختی (استرس، کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای) بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام گرفت.

بیماری دیابت آسیب ببیند. کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است که سازمان جهانی بهداشت آن را درک هر فرد از زندگی، ارزش‌ها، اهداف، استانداردها و علایق فردی تعریف کرده است (۶). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به دیابت، به طور مثبتی با خود مراقبتی بیماران در بلند مدت رابطه دارد و می‌تواند بر نتایج حاصل از درمان اثرگذار باشد (۷، ۳).

بیماران مبتلا به دیابت، به طور عموم استرس بالایی را تجربه می‌کنند و در واقع، استرس به طور معنی‌داری با پیدایش دیابت رابطه دارد (۹-۸). استرس در بیماران مبتلا به دیابت، به یک واکنش فیزیولوژیکی یا روان‌شناختی به محرک‌های بیرونی یا رویدادهای استرس‌زای مثبت و منفی اشاره دارد (۱۰). اگر چه استرس روان‌شناختی پیامدهای بیماری را تشدید می‌کند، آن چه در فرایند بیماری‌های مرتبط با استرس بیش از خود استرس اهمیت دارد، راهبرد مقابله‌ای فرد در برابر عامل استرس‌زا است (۱۱). مقابله با پیامدهای دیابت برای بیمار، یک فرایند مادام‌العمر و دشوار است. بیماران ممکن است به واسطه‌ی کنار آمدن با نقش‌های اجتماعی خود متناسب با تقاضاها و چالش‌های بیماری یا از طریق تلاش برای قاب‌بندی مجدد تجاربشان به صورت مثبت‌تر با بیماری مقابله کنند. پذیرش واقعیت مربوط به تشخیص مبتلا به دیابت بودن و پیدایش نگرش‌های مثبت درباره‌ی درمان، یک تفکر ضروری برای غلبه برای بیماری و بهبودی محسوب می‌شود (۱۲).

به هر حال، هر گونه بیماری مزمنی نظیر دیابت، می‌تواند منبع یک فشار روانی چشم‌گیر باشد و این نیازمند مقابله‌ی مناسب است. از آن جایی که عنوان می‌شود سبک مقابله‌ای بیماران مبتلا به دیابت با افراد غیر مبتلا به دیابت به طور معنی‌داری متفاوت است، احتمال می‌رود مقابله با استرس، نقش حیاتی در سازگاری با دیابت دارد (۱۳).

مقابله، به عنوان یکی از مفاهیم اساسی روان‌شناسی سلامت مطرح است که در متن کیفیت زندگی به شدت با تنظیم هیجان‌ات در طول تجربه‌ی استرس مرتبط است (۱۴). راهبردهای مقابله‌ای به طور کلی از دو مؤلفه‌ی راهبردهای مسأله‌مدار و هیجان‌مدار تشکیل می‌شوند. راهبردهای هیجان‌مدار، بر این مسأله تأکید دارند که بیماران سعی می‌کنند هیجان‌ات خود را به وسیله‌ی عمل و تفکر پردازش کنند. زمانی که بیماران از راهبردهای مسأله‌مدار استفاده می‌کنند، معتقدند که می‌توانند بر وضعیتی که باعث بیماری آنان شده است، تأثیر بگذارند یا حداقل بر منابع مربوط به تغییر این وضعیت کنترل داشته باشند (۱۵).

گزارش Tuncay و همکاران (۱۵) حاکی از آن است که راهبردهای مسأله‌مدار بر حفظ کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت مؤثر هستند. مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد، با کاهش اضطراب و

## روش‌ها

پژوهش حاضر، از منظر نحوه‌ی اجرا، نیمه‌آزمایشی با طرح

**جلسه‌ی دوم:** آشنایی با مفاهیم درمانی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (انعطاف‌پذیری شناختی، پذیرش بیماری، متمایزسازی یا تفکیک شناختی، بودن در لحظه‌ی اکنون، خود به عنوان بافتار و زمینه، ارزش‌ها، تعهد رفتاری)،

**جلسه‌ی سوم:** تفهیم زبان و نقش دوگانه‌ی آن، استفاده از فرم‌های ثبت زندگی در برابر رنج بیماری، اسارت افکار،

**جلسه‌ی چهارم:** شناخت عمل و تجربه در مقابل فکر و هیجان با استفاده از روش‌های تمرین تمایزگذاری (فکرتان را به صورت یک آواز بیان کنید، رقص کلمات و حروف، رفتن به سینما و جسمانی کردن هیجان)،

**جلسه‌ی پنجم:** گشودگی و پذیرش، تماس تجربه‌ای با ماهیت بی‌ضرر رویدادهای درونی، از طریق پذیرش و مواجهه، اجازه دادن به خود برای کسب تجارب جدید (تمرین گشایش، جدال در مقابل گشایش)،

**جلسه‌ی ششم:** توجه آگاهی و بودن در لحظه‌ی اکنون (حضور ذهن) با استفاده از روش‌های راه رفتن آگاهانه، نشستن آگاهانه، خوردن کشمش، تمرکز روی احساسات جسمی ناشی از تنفس،

**جلسه‌ی هفتم:** جستجوی ارزش‌ها، استفاده از روش شناسایی ارزش‌ها (سیل هدف یا تخته‌ی دارت، شناسایی موانع طرح عملی تبیین بر ارزش‌ها،

**جلسه‌ی هشتم:** اقدام متعهدانه (هدف‌گزینی و اقدام عملی در پذیرش بیماری)، استفاده از کاربرد ارزش‌ها و اهداف، کاربرد موانع و راهبردهای مقابله‌ای.

**پرسش‌نامه‌ی راهبردهای مقابله‌ای Lazarus-Folkman (Client satisfaction questionnaire یا CSQ):** پرسش‌نامه‌ی راهبردهای مقابله‌ای Lazarus-Folkman.

شامل ۶۶ سؤال است که ۸ راهبرد جزئی و سه راهبرد عمده را مورد سنجش قرار می‌دهد. پایایی پرسش‌نامه‌ی راهبردهای مقابله‌ای، از طریق آزمایش ثبات درونی اندازه‌های مقابله‌ای که با استفاده از Cronbach's alpha به دست می‌آید، ارزیابی شده است. برآورد ثبات درونی اندازه‌های مقابله‌ای، اغلب در کران پایینی دامنه‌ی قابل قبول رایج قرار می‌گیرد. به نقل از شریف، Lazarus و Folkman ثبات درونی ۰/۷۹-۰/۶۶ را برای هر یک از راه‌های مقابله‌ای گزارش کرده‌اند (۲۵). همچنین، آقاجانی طی پژوهشی، پایایی ۰/۸۰ را برای هر یک از راه‌های مقابله‌ای گزارش نموده است و خدادادی، طی پژوهش خود، ضریب پایایی کل آزمون را برابر با ۰/۸۴ به دست آورده است. در کل، این پرسش‌نامه در پژوهش‌های مختلف دارای پایایی و روایی مطلوبی بوده است. ضریب همبستگی آن برای

پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه شاهد و آزمون پی‌گیری بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش، شامل تمامی بیماران مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به مرکز دیابت شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۵ بود که دارای پرونده‌ی پزشکی ثبت شده بودند. برای مطالعات آزمایشی و نیمه‌آزمایشی که به صورت گروهی اجرا می‌گردد، حجم نمونه برابر با حداقل ۱۵ نفر (برای هر گروه) پیشنهاد شده است (۲۴). از این رو، در پژوهش حاضر نیز به جهت افزایش قابلیت تعمیم داده‌ها و در نظر گرفتن احتمال حذف یا ریزش، ۲۰ نفر برای هر گروه، با توجه به معیارهای ورود، از بین بیماران انتخاب شدند. اعضای نمونه به روش در دسترس انتخاب و به صورت جایگزینی تصادفی در دو گروه قرار گرفتند.

تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۰ (version 20, IBM Corporation, Armonk, NY) انجام شد. ابتدا داده‌ها با استفاده از شاخص‌های توصیفی مورد بررسی قرار گرفت. سپس، به منظور مقایسه‌ی میانگین‌های پس‌آزمون‌های گروه‌ها، از تحلیل MANCOVA (Multivariate ANCOVA) برای کنترل اثر چهارگانه‌ی MANCOVA شامل اثر هتلینگ (Hotelling's trace)، لامبدای ویلکز (Wilks Lambda)، بزرگ‌ترین ریشه‌ی Roy (Roy's largest root) و اثر پیلایی (Pillai's trace)، به ازای هر یک از متغیرهای وابسته، آزمون One-way ANCOVA در متن MANCOVA مورد استفاده قرار گرفت. جهت کنترل متغیرهای مداخله‌گر احتمالی، متغیرهایی نظیر سن، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلات، شغل و جنسیت، از طریق وارد کردن آن‌ها در معادله (انتخاب از گروه‌های مختلف جنسی، تحصیلی و ...) کنترل شدند. جهت کنترل اثر پیش‌آزمون نیز از روش Covariate کردن استفاده شد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در این تحقیق، در پایان طرح برای گروه شاهد نیز ۸ جلسه مشاوره‌ی گروهی بر اساس نظریه‌ی تعهد و پذیرش اجرا گردید.

معیارهای ورود به مطالعه شامل بیماران مبتلا به دیابت با سابقه‌ی حداقل ۱ سال تشخیص بیماری و فاقد هر گونه معلولیت جسمی یا روانی بودند.

معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل معلولیت جسمی شدید، بیماری روانی، افراد بدون توانایی برقراری ارتباط مناسب و افراد پرخاشگر شدید بودند.

خلاصه‌ی شیوه‌نامه‌ی درمانی تهیه شده با راهنمایی استادان راهنما و مشاور، به شرح زیر بود.

**جلسه‌ی اول:** آشنایی و ارتباط اعضا با هم، افزایش همدلی اعضا، مفهوم‌سازی مشکل، شروع درمان با استفاده از درماندگی خلاق برای بیماران مبتلا به دیابت،

این پرسش‌نامه با استفاده از آزمون همبستگی Pearson برابر ۰/۷۲ و Cronbach's alpha برای کل سؤال‌ها، ۰/۷۷ گزارش شد (۲۷).

### یافته‌ها

در مجموع، ۴۰ نفر اعضای نمونه‌ی مورد مطالعه را تشکیل می‌دادند که در دو گروه ۲۰ نفره قرار گرفتند. میانگین  $\pm$  انحراف معیار سن شرکت کنندگان  $36/9 \pm 7/61$  سال با دامنه‌ی ۲۲-۵۵ سال بود.

همچنین، از میان اعضای نمونه، ۲۶ نفر (۴۳/۳ درصد) مدرک دیپلم، ۵ نفر (۸/۳ درصد) مدرک فوق دیپلم، ۲۳ نفر (۳۸/۳ درصد) مدرک کارشناسی و ۶ نفر (۱۰/۰ درصد) مدرک کارشناسی ارشد یا بالاتر داشتند. قبل از بررسی فرضیه‌ها و اجرای آزمون ANCOVA، برای رعایت پیش‌فرض همگنی واریانس‌های متغیرهای تحقیق، از آزمون Levene و جهت بررسی طبیعی بودن توزیع متغیرهای پژوهش، از آزمون Shapiro-Wilks استفاده شد. همچنین، علاوه بر بررسی همگنی شیب رگرسیون متغیرها، همگن بودن ماتریس‌های آزمون ANCOVA نیز با استفاده از شاخص M-Box مورد بررسی و تمامی شاخص‌های پیش‌گفته مورد تأیید قرار گرفتند. از این رو، جهت بررسی فرضیه‌های تحقیق، از آزمون MANCOVA استفاده گردید.

توزیع میانگین راهبردهای مقابله‌ای، کیفیت زندگی و استرس به تفکیک گروه‌های دوگانه در مراحل پیش و پس‌آزمون در جدول ۱ آمده است. به منظور مقایسه‌ی میانگین نمرات پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه مورد و شاهد، بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون نیز از آزمون MANCOVA استفاده شد که نتایج آن در جداول ۲ و ۳ آمده است. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده شد، سطوح معنی‌داری همه‌ی آزمون‌ها بیانگر آن هستند که بین گروه‌های مورد مطالعه، حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای پی بردن به تفاوت، نتایج حاصل از آزمون تأثیرات بین‌گروه‌ای، در جدول ۳ آمده است.

روش‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار ۰/۷۸ و برای روش‌های مقابله‌ای مسأله‌مدار ۰/۸۰ به دست آمده است و وسیله‌ی مناسبی برای پژوهش‌های روان‌شناختی می‌باشد (۲۵).

### پرسش‌نامه‌ی رویدادها و تغییرات زندگی خانوادگی

(*Family inventory of life events یا FILE*): به نقل از آقاییوسفی و زارع پرسش‌نامه‌ی رویدادها و تغییرات زندگی خانوادگی (FILE) توسط Hamilton و همکاران ساخته شده است که از ۷۱ گویه و ۹ خرده‌مقیاس فشارهای درون خانوادگی (۱۷ سؤال)، فشارهای زناشویی (۴ سؤال)، فشارهای بارداری (۴ سؤال)، فشارهای مالی و شغلی (۱۲ سؤال)، فشارها و تحولات شغلی - خانوادگی (۱۰ سؤال)، فشارهای مربوط به بیماری و مراقبت (۸ سؤال)، فقدان‌ها (۶ سؤال)، ورود و خروج از خانواده (۵ سؤال) و نقض قوانین خانوادگی (۵ سؤال) تشکیل شده است که به منظور سنجش رویدادهای زندگی و استرس خانوادگی به کار می‌رود (۲۶). اگر یکی از همسران یا هر دوی آن‌ها به ماده‌ای پاسخ «بلی» داده باشند، به آن ماده، یک نمره داده می‌شود. آقاییوسفی و زارع، اعتبار این پرسشنامه را ۰/۷۲ گزارش کرده است و روایی هم‌زمان مقیاس با سیاه‌نشانه‌های تنیدگی مزمن، افکار خودکار و نشانگر بهزیستی روان مناسب اعلام شده است (۲۶).

### فرم کوتاه پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت

### (*Diabetes quality of life-brief clinical inventory یا DQOL-BCI*)

به نقل از نصیحت‌کن و همکاران، پرسش‌نامه‌ی ۱۵ سؤالی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت، از مقیاس ۶۰ سؤالی Burroughs و همکاران (۲۷) اقتباس شده است. سؤال‌های این پرسش‌نامه، در برگیرنده‌ی دو بعد رفتارهای مراقبتی بیمار و رضایت از کنترل بیماری است. نمره‌گذاری سؤالات این مقیاس بر اساس طیف لیکرت از «کاملاً ناراضی» با نمره‌ی ۱ تا «کاملاً راضی» با نمره‌ی ۵ بود و آزمودنی، نمره‌ای بین ۷۵-۱۵ به دست می‌آورد. تکمیل نمودن این پرسش‌نامه، حدود ۱۰ دقیقه زمان نیاز دارد. در ایران، پایایی بازآزمایی

جدول ۱. توزیع میانگین راهبردهای مقابله‌ای، کیفیت زندگی و استرس به تفکیک گروه‌های دوگانه

گروه‌ها	متغیرها	پیش‌آزمون میانگین $\pm$ انحراف استاندارد	پیش‌آزمون میانگین $\pm$ انحراف استاندارد
گروه مورد	راهبرد مقابله‌ای مسأله‌مدار	$38/50 \pm 1/57$	$34/75 \pm 7/23$
(درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)	راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار	$39/35 \pm 5/78$	$35/00 \pm 5/87$
	کیفیت زندگی	$178/65 \pm 19/66$	$156/55 \pm 32/43$
	استرس	$20/95 \pm 9/29$	$28/65 \pm 18/25$
گروه شاهد	راهبرد مقابله‌ای مسأله‌مدار	$37/15 \pm 2/41$	$35/35 \pm 4/60$
	راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار	$35/25 \pm 6/68$	$33/65 \pm 4/81$
	کیفیت زندگی	$159/60 \pm 42/18$	$143/15 \pm 24/87$
	استرس	$27/15 \pm 9/52$	$34/05 \pm 16/37$

جدول ۲. نتایج آزمون MANCOVA به منظور مقایسه‌ی میانگین راهبردهای مقابله‌ای، کیفیت زندگی و استرس در گروه‌های مورد و شاهد

متغیرها	نام آزمون	مقدار	مقدار P
گروه‌ها	اثر Pillai	۰/۳۵۶	۰/۰۰۷
	Wilk's Lambda	۰/۶۴۴	۰/۰۰۷
	اثر Hotelling	۰/۵۵۳	۰/۰۰۷
	بزرگ‌ترین ریشه‌ی خطا	۰/۵۵۳	۰/۰۰۷

با توجه به جدول ۳، بین میانگین نمرات پس‌آزمون راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار و نیز استرس، بعد از حذف اثر پیش‌آزمون، در گروه‌های مورد و شاهد تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $P < ۰/۰۱۰$ )؛ به این صورت که میانگین نمرات پس‌آزمون گروه مورد به طور معنی‌داری در راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار بیشتر از گروه شاهد و در راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار و استرس کمتر از گروه شاهد بود. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش منجر به تغییرات پیش‌گفته در گروه مورد، در مقایسه با گروه شاهد شده است، اما نتایج حاکی از آن بود که در متغیر کیفیت زندگی، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مورد و شاهد وجود نداشت ( $P > ۰/۰۵۰$ ).

### بحث

بر اساس نتایج، درمان مبتنی بر رویکرد تعهد و پذیرش منجر به افزایش

راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار و کاهش راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار و استرس در میان اعضای گروه مورد شد. همچنین، نتایج حاکی از آن بود که در متغیر کیفیت زندگی، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مورد و شاهد وجود نداشت. این یافته همسو با پژوهش Gregg و همکاران (۲۸) بود؛ یافته‌های مطالعه‌ی آنان نشان داد شرکت کنندگانی که آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش دیابت را به طور هم‌زمان دیدند و مسایل آموزش پذیرش و آگاهی در مورد افکار و احساسات مرتبط با دیابت، ارزش‌های شخصی مربوط به دیابت و تمرکز بر توانمندی‌ها برای حرکت ارزشمند در طول تجربه‌ی احساسات را آموخته بودند، نسبت به شرکت کنندگان آموزش دیابت به تنهایی، به طور معنی‌داری شرایط بهتری در شاخص‌های روانی و فیزیکی داشتند. پژوهش Boey نشان داد که پذیرش دیابت و شناخت‌های مرتبط با آن، به طور معنی‌داری با مقادیر HbA1c (Glycated hemoglobin) پایین‌تر مرتبط است و هم‌زمان، افسردگی بیماران نیز کاهش می‌یابد (۲۹). نتایج دو مطالعه در ایران نیز حاکی از تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم روان‌شناختی مانند استرس، اضطراب، افسردگی و احساس گناه و افزایش کیفیت زندگی، بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی سلامت بیماران مبتلا به دیابت بودند. ضمن این که، تغییراتی نیز در مهارت‌های مقابله‌ای بیماران ایجاد نمود (۱۹-۱۸).

بنابراین، با توجه به این که در درمان دیابت سازگاری روان‌شناختی با بیماری، راهبردهای مقابله‌ای، استرس، کیفیت زندگی

جدول ۳. نتایج آزمون ANCOVA در متن MANCOVA جهت مقایسه‌ی میانگین نمرات پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در گروه‌های مورد و شاهد

متغیر	منابع تغییرات	میانگین مجددات	مقدار P	مجدور اتا
راهبردهای مسئله‌مدار	پیش‌آزمون	۲۰/۲۰	۰/۲۵۰	۰/۰۱۴
	گروه	۱۷/۳۱	۰/۰۳۷	۰/۱۲۲
	خطا	۳/۶۶		
راهبردهای هیجان‌مدار	پیش‌آزمون	۲/۱۸	۰/۸۰۰	۰/۰۰۲
	گروه	۱۸۴/۸۱	۰/۰۲۵	۰/۱۴۰
	خطا	۳۳/۵۰		
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۲۸۳/۶۹	۰/۶۲۶	۰/۰۰۷
	گروه	۴۵۸۹/۶۵	۰/۰۵۶	۰/۱۰۳
	خطا	۱۱۷۱/۷۶		
استرس	پیش‌آزمون	۲۲۰/۴۸	۰/۱۲۴	۰/۰۶۸
	گروه	۳۷۷/۶۲	۰/۰۴۷	۰/۱۱۱
	خطا	۸۸/۶۷		
مجموع	راهبردهای مسئله‌مدار			
	راهبردهای هیجان‌مدار			
	کیفیت زندگی			
	استرس			

شاخص نیز ایجاد شده است. از این رو، می‌توان از حوزه‌ی تأثیر بالای این درمان (از کاهش مقطعی استرس تا افزایش کیفیت زندگی) سخن به میان آورد. همچنین، این درمان به فرد نوعی فرصت یادگیری مهارت‌های جدید و خاص مانند کاهش اجتناب تجربی و افزایش پذیرش روانی و تماس با زمان حال را می‌بخشد و همین ویژگی، موجب می‌شود که فرد نه تنها از تجربه‌ی مجدد حادثه‌ی آسیب‌زا دست بردارد، بلکه به شکل انعطاف‌پذیری، با آن مواجه شود (۳۱).

از دیگر سو، مطابق پژوهش‌های متعددی که در این حوزه انجام گرفته است، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌تواند به فرد کمک کند تا از طریق استفاده‌ی بیشتر از سبک مقابله‌ای کارآمد در نتیجه‌ی جداسازی شناختی از این تجارب ذهنی و نیز رهایی از تمرکز مفرط بر داستان شخصی خود ساخته‌ی فرد، به وی در کاهش علائم استرس کمک کند (۳۵). نتایج، حاکی از عدم اثرگذاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بود که این مسأله نشان دهنده‌ی این است که کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت مسأله‌ای به نسبت کلان و متأثر از سازه‌های مختلف است و صرف اجرای درمان پیش‌گفته، تغییر معنی‌داری در وضعیت کیفیت زندگی مشاهده نشده است.

در مجموع و بر اساس نتایج به دست آمده، می‌توان گفت که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌تواند در کاهش برخی مشکلات روانی و تا حدی افزایش میزان سازگاری روانی در بیماری‌های صعب‌العلاج نظیر دیابت اثرگذار باشد و بر این اساس، می‌تواند توسط مشاوران و درمانگران این حوزه، مورد استفاده قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه، با حمایت‌های مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه انجام شده است. بدین وسیله، از زحمات همه‌ی همکاران مرکز دیابت کرمانشاه و معاونت پژوهشی دانشگاه تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

و تبعیت از برنامه‌ی درمان، حوزه‌ی اصلی روان‌شناسی سلامت است (۳۰). متغیرهای روان‌شناختی شامل استرس، مهارت مقابله‌ای و کیفیت زندگی، می‌توانند تحت تأثیر این درمان تغییر کنند.

در تبیین یافته‌های پیش‌گفته، می‌توان گفت که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است. در این درمان، ابتدا سعی می‌شود، پذیرش روانی در مورد تجارب ذهنی افزایش یابد و به بیمار آموخته می‌شود که هر گونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد (۳۲-۳۱) و باید این تجارب را به طور کامل پذیرفت که عوامل پیش‌گفته، می‌توانند در بهبود راهبردهای مقابله‌ای فرد اثرگذار باشند.

در این درمان، به فرد آموخته می‌شود که خود را از تجارب ذهنی استرس‌زا جدا سازد؛ به نحوی که بتواند مستقل از تجارب عمل کند؛ از این رو، استرس وی نیز به مقدار مطلوبی کاهش می‌یابد. چنان که پس از طی نمودن فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، فرد به وسیله‌ی پذیرش تفکرات و نیز جدا نمودن اعمال از تفکر، از بند تفکرات نشخوارکننده و ناکارآمد و هیجانی رهایی می‌یابد و به مسیر ارزشمند زندگی خود بر می‌گردد (۳۳). مطالعات پیشین در این حوزه، تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش مشکلات روانی افراد مبتلا به دیابت را مورد بررسی و تأیید قرار داده‌اند، اما از تفاوت‌های اساسی این پژوهش با سایر مطالعات این حوزه، شناسایی تأثیرات درمان مبتنی بر پذیرش بر راهبردهای مقابله‌ای بیماران مبتلا به دیابت در کنار تبعیاتی مانند استرس و کیفیت زندگی است که می‌تواند در ایجاد یک مدل نظری و درمانی در این حوزه اثرگذار باشد.

محققین، در این رابطه اذعان دارند که وقتی شخص سبک مقابله‌ای کارآمدتری را انتخاب می‌کند، به دنبال آن استرس کمتری را تحمل می‌کند و نسبت به آن ادراک دقیق‌تری می‌یابد و این توانمندی، به شدت در کاهش علائم استرس اثرگذار است (۳۴). همچنین، بررسی کیفیت زندگی در ادامه‌ی این فرایند نیز نشان داد که تغییرات مثبتی در این

### References

- Haine-Schlagel R, Walsh NE. A review of parent participation engagement in child and family mental health treatment. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2015; 18(2): 133-50.
- Wang R, Zhang P, Lv X, Jiang L, Gao C, Song Y, et al. Situation of diabetes and related disease surveillance in rural areas of Jilin Province, Northeast China. *Int J Environ Res Public Health* 2016; 13(6).
- Hatamloo Sadabadi M, Babapour Kheirodin J. Comparison of quality of life and coping strategies in diabetic and non diabetic people. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci* 2013; 20(5): 581-92. [In Persian].
- Fang HJ, Zhou YH, Tian YJ, Du HY, Sun YX, Zhong LY. Effects of intensive glucose lowering in treatment of type 2 diabetes mellitus on cardiovascular outcomes: A meta-analysis of data from 58,160 patients in 13 randomized controlled trials. *Int J Cardiol* 2016; 218: 50-8.
- Beckman JA, Creager MA. Vascular complications of diabetes. *Circ Res* 2016; 118(11): 1771-85.
- Monjamed Z, Ali Asgharpoor M, Mehran A, Peimani T. The quality of life in diabetic patients with chronic complications. *Hayat* 2006; 12(1): 55-66. [In Persian].
- Lee EH, Lee YW, Moon SH. A structural equation model linking health literacy to self-efficacy, self-care activities, and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)* 2016; 10(1): 82-7.

8. Wiernik E, Nabi H, Thomas F, Pannier B, Hanon O, Simon T, et al. Association between current perceived stress and incident diabetes is dependent on occupational status: Evidence from the IPC cohort study. *Diabetes Metab* 2016; 42(5): 328-35.
9. Bralic L, V, Bergman MB, Vrdoljak D. The association of lifestyle and stress with poor glycemic control in patients with diabetes mellitus type 2: A Croatian nationwide primary care cross-sectional study. *Croat Med J* 2015; 56(4): 357-65.
10. Hapunda G, Abubakar A, van de V, Pouwer F. Living with type 1 diabetes is challenging for Zambian adolescents: qualitative data on stress, coping with stress and quality of care and life. *BMC Endocr Disord* 2015; 15: 20.
11. Strickland OL, Giger JN, Nelson MA, Davis CM. The relationships among stress, coping, social support, and weight class in premenopausal African American women at risk for coronary heart disease. *J Cardiovasc Nurs* 2007; 22(4): 272-8.
12. DeCoster VA. Challenges of type 2 diabetes and role of health care social work: a neglected area of practice. *Health Soc Work* 2001; 26(1): 26-37.
13. Pisula E, Czaplinska C. Coping with stress in adolescents with type 1 diabetes and their mothers. *Eur J Med Res* 2010; 15(Suppl 2): 115-9.
14. de Ridder D, Schreurs K. Developing interventions for chronically ill patients: Is coping a helpful concept? *Clin Psychol Rev* 2001; 21(2): 205-40.
15. Tuncay T, Musabak I, Gok DE, Kutlu M. The relationship between anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes. *Health Qual Life Outcomes* 2008; 6: 79.
16. Rubin RR, Peyrot M. Psychological issues and treatments for people with diabetes. *J Clin Psychol* 2001; 57(4): 457-78.
17. Rowe M, Allen G. Spirituality as a means of coping with chronic illness. *American Journal of Health Studies* 2004; 19(1): 62-7.
18. Moazzezi M, Ataie M, V, Ataie MR, Pishvaei M. Impact of acceptance and commitment therapy on perceived stress and special health self-efficacy in seven to fifteen-year-old children with diabetes mellitus. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2015; 9(2): 956.
19. Ataie Moghanloo V, Ataie Moghanloo R, Moazzezi 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): e2436.
20. Shayeghian Z, Amiri P. Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on improvement of glycosylated hemoglobin and self-care activities in patients with type II diabetes. *Contemporary Psychology* 2016; 10(2): 41-50. [In Persian].
21. 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.
22. Forman EM, Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons Inc; 2009. p. 77-101.
23. Bayat Asgari A, Mossanejad S, Asgari M, Ramazani Farani A, Javaheri J. The relationship between coping styles with adherence in type 2 diabetic patients. *Iran J Diabetes Lipid Disord* 2015; 14(2): 93-8. [In Persian].
24. Gal MD, Burg V. Methods of quantitative and qualitative research in behavioral sciences. Trans. Nasr R. Tehran, Iran: SAMT Publications; 2016. [In Persian].
25. Sharif N. The relationship of biomarkers of cognitive immunology and cardiovascular with personality traits and coping strategies in normal conditions and tension and effects of coping therapy on biological responses [PhD Thesis]. Tehran, Iran: Payame Noor University; 2012. [In Persian].
26. Agha Yousefi A, Zare H. Effect of coping-therapy on stress reduction of females with coronary artery disease. *Journal of Behavioral Sciences* 2009; 3(3): 187-93. [In Persian].
27. Nasihatkon AA, Pishva A, Habibzadeh F, Tabatabaei M., Taher Ghashgayeizadeh M, Hojjat F, et al. Determining the reliability and validity of persian version of Diabetes Quality of Life (DQOL). *Iran J Diabetes Lipid Disord* 2012; 11(5): 483-7. [In Persian].
28. 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.
29. Boey KW. Adaptation to type II diabetes mellitus: Depression and related factors. *International Medical Journal* 1999; 6(2): 125-32.
30. Mazlum Befruei N, Afkhami Ardakani M, Shams Esfand Abadi H, Jalali MR. Investigating the simple and multiple resilience and hardiness with problem-oriented and emotional-oriented coping styles in diabetes type 2 in Yazd City. *J Diabetes Nurs* 2014; 1(2): 39-49. [In Persian].
31. Hayes S, Hogan M, Dowd H, Doherty E, O'Higgins S, Nic GS, et al. Comparing the clinical-effectiveness and cost-effectiveness of an internet-delivered Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention with a waiting list control among adults with chronic pain: study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open* 2014; 4(7): e005092.
32. Anvari MH, Ebrahimi A, Neshatdoost HT, 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. *J Isfahan Med Sch* 2014; 32(295): 1156-65. [In Persian].
33. Zarling A, Lawrence E, Marchman J. A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for aggressive behavior. *J Consult Clin Psychol* 2015; 83(1): 199-212.
34. Valerie JR, Cory O, Gary B, Angela J, Jessica V. How Do I Handle My Life Now? Coping and the post traumatic stress disorder checklist - military version. *Proc Hum Factors Ergon Soc Annu Meet* 2014; 58(1): 1252-6.
35. Casselman RB, Pemberton JR. ACT-based parenting group for veterans with PTSD: development and preliminary outcomes. *Am J Fam Ther* 2015; 43(1): 57-66.

## Investigation of the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Psychological Indices (Stress, Quality of Life, and Coping Strategies) among the Patients with Type II Diabetes

Aliraza Aghayosefi<sup>1</sup>, Ahmad Alipour<sup>2</sup>, Mehrali Rahimi<sup>3</sup>, Parastoo Abaspour<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Background:** Type II diabetes is considered as one of the chronic illnesses and has several physical and mental effects on patient. This research aimed to study the effect of acceptance and commitment therapy on psychological markers in patients with type II diabetes.

**Methods:** This was a quasi-experimental research with pretest/posttest design and follow-up evaluations. Statistical population of the research included all the patients with type II diabetes with registered medical records referred to Kermanshah Diabetes Center, Kermanshah City, Iran, in 2016. 40 patients were selected using convenience sampling method and were randomly placed in two equal groups of control and intervention. They answered Lazarus-Folkman coping strategies, family inventory of life events (FILE) and short form of diabetes quality of life-brief clinical inventory (DQOL-BCL) questionnaires. Data analysis was done using SPSS software.

**Findings:** There were significant differences between the posttest mean scores of problem- and emotion-oriented coping strategies, and stress in intervention and control groups ( $P < 0.010$ ). However, there was no significant differences in quality of life in intervention and control group ( $P > 0.050$ ).

**Conclusion:** According to the results, it can be said that acceptance and commitment therapy may reduce the problems in patients with chronic diseases such as type II diabetes.

**Keywords:** Acceptance and commitment therapy, Life quality, Coping skills, Type 2 diabetes

**Citation:** Aghayosefi A, Alipor A, Rahimi M, Abaspour P. **Investigation of the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Psychological Indices (Stress, Quality of Life, and Coping Strategies) among the Patients with Type II Diabetes.** J Isfahan Med Sch 2018; 35(461): 1859-66.

1- Associate Professor, Department of Psychology, School of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

2- Professor, Department of Psychology, School of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

3- Associate Professor, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

4- PhD Student, Department of Psychology, School of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

**Corresponding Author:** Parastoo Abaspour, Email: pabaspour@yahoo.com