

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Symptoms, Coping Styles, and Quality of Life in Patients with Type-2 Diabetes

Behrouz B^{1*}, Bavali F², Heidarizadeh N³, Farhadi M⁴

1. Lecturer, Department of Psychology and Educational Sciences, University of Payame Noor, Kermanshah, Iran.

2. Lecturer, Department of Psychology, University of Judiciary Scientific Applied, Busher, Iran.

3. Lecturer, Department of Psychology and Educational Sciences, University of Payame Noor, Kermanshah, Iran.

4. Assistant Professor of psychology, Department of Psychology, Faculty of Economics and Social Sciences, BuAli Sina University, Hamedan, Iran.

**Corresponding author.* Tel: +989185522062 Fax: +988342228770 E-mail: Behrouz.psycho64@yahoo.com

Received: Oct 25, 2014 Accepted: Mar 19, 2015

ABSTRACT

Background & objectives: Psychological problems of chronic patients, especially diabetes, that often are ignored, need special attention to proper treatment. The aim of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological symptoms, coping styles and quality of life in patients with type-2 diabetes.

Methods: The research design was a semi-experimental one with pretest-posttest and control group format. The sample included all in patients with type II diabetes who referred to Taleghani Diabetes Hospital in Kermanshah city in 2014-15 (N=490), who were assessed based on DSM_IV_TR criteria, DASS-21, WHOQOL-26, and coping styles. Those who got highest scores were selected. The study subjects, were randomly divided into experimental and control groups (n1=n2=8). The experimental group was exposed to 8 sessions of two hours ACT. The data was analyzed using descriptive statistics and multivariate analysis of covariance (MANCOVA) by SPSS-16 software.

Results: The results showed significant difference between experimental and control groups total scores in depression, anxiety, stress, coping styles (Problem Solving, Emotional, Avoidance), ($p<0.05$). Also, quality of life, psychological, social and environmental health components had significant difference, ($p<0.05$), but no difference was observed in physical health ($p>0.05$).

Conclusion: The results emphasize the importance of this intervention in psychosomatic and chronic diseases and provide new horizons in clinical interventions.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy; Psychological Symptoms; Coping Styles; Quality of Life; Type-2 Diabetes.

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روان‌شناختی، سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع II

بهروز بهروز^{۱*}، فاطمه بوالی^۲، نسرین حیدری‌زاده^۳، مهران فرهادی^۴

۱. مدرس، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، کرمانشاه، ایران ۲. مدرس، گروه روانشناسی، دانشگاه علمی- کاربردی قوهی قضائیه، بوشهر، ایران ۳. مربی، گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، کرمانشاه، ایران ۴. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۸۵۵۲۲۰۶۲. فکس: ۰۸۳۴۲۲۸۷۷۰. ایمیل: Behrouz.psych64@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: مشکلات روان‌شناختی بیماری‌های مزمن از جمله دیابت که اغلب نادیده گرفته می‌شوند، لزوم توجه بیشتر به درمان مناسب را روشن می‌سازد. هدف این پژوهش، بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روان‌شناختی، سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی در مبتلایان به دیابت II بود.

روش کار: تحقیق از نوع نیمه تجربی با طرح پژوهش پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران دیابت II از بین مراجعه کنندگان به بیمارستان طالقانی شهر کرمانشاه بود (N=۴۹۰) که بر اساس معیارهای ورود به پژوهش و معیارهای تشخیصی DSM_IV_TR و پرسش‌نامه‌های افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21)، کیفیت زندگی (WHOQL-26) و سبک‌های مقابله‌ای (SISS)، افرادی که دارای بالاترین نمرات بودند، با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی به گروه‌های آزمایش و کنترل (n₁=n₂=8) تقسیم شدند. گروه آزمایشی ۸ جلسه مداخله درمانی ۱۲۰ دقیقه‌ای طی دو جلسه در هفته را دریافت نمود. اطلاعات به‌دست آمده با SPSS-16 و روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایش و کنترل در نمرات کلی افسردگی، اضطراب، استرس و سبک‌های مقابله‌ای (مسأله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی) وجود دارد (p<۰/۰۵). همچنین در نمرات کلی کیفیت زندگی و مؤلفه‌های سلامت روان‌شناختی، اجتماعی و محیطی تفاوت معناداری مشاهده گردید (p<۰/۰۵) اما در سلامت جسمانی این تفاوت معنادار نبود.

نتیجه‌گیری: نتایج بر اهمیت کاربرد این مداخله بر علائم روان‌شناختی در بیماران مزمن جسمی و ارائه افق‌های جدید در مداخلات بالینی تأکید دارد.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، علائم روان‌شناختی، سبک‌های مقابله‌ای، کیفیت زندگی، دیابت نوع دو

دریافت: ۹۳/۸/۳ پذیرش: ۹۳/۱۲/۲۸

مقدمه

دیابت ملیتوس نوع II (T2DM) که تقریباً ۹۰ تا ۹۵ درصد افراد دیابتی به آن مبتلا هستند (۱)، به گروهی از بیماری‌های سوخت و سازی اطلاق می‌گردد که ویژگی مشترک آن‌ها افزایش سطح قند خون به علت نقص در ترشح انسولین، نقص در عملکرد آن و یا هر دو می‌باشد (۲). این بیماری از

شایع‌ترین بیماری‌های مزمن در کل کشورها می‌باشد که همزمان با تغییر سبک زندگی افراد و کاهش فعالیت جسمی شیوع آن به‌طور چشمگیری رو به افزایش است (۳) و تخمین زده می‌شود تا سال ۲۰۳۰ تعداد افراد مبتلا به آن به بیش از ۳۶۶ میلیون نفر برسد (۲). این بیماری در ایران نیز شیوع نسبتاً بالایی دارد (۲،۳)، به‌طوری‌که تعداد مبتلایان به دیابت

روانی درمان نشده در طولانی مدت به جز اختلالات خاص خویش، می‌تواند باعث ایجاد و تشدید بیماری و سایر اختلالات جسمانی شده همچنین، از اثربخشی درمان کاسته و به بقا و طول عمر بیماران مرتبط باشد (۸،۹).

امروزه توافق عمومی و فزاینده‌ای وجود دارد که بهبود کیفیت زندگی باید یکی از اهداف اصلی درمان در بیماری‌های مزمن باشد (۹). نه تنها باید به کاهش مرگ‌ومیر و افزایش طول عمر بیماران توجه شود، بلکه باید برای ایجاد کیفیت زندگی قابل پذیرش برای آن‌ها و شناخت عوامل تأثیرگذار روی آن مانند سبک‌های مقابله‌ای نیز تلاش گردد. گزارش‌ها نشان می‌دهد که مشکلات روان‌شناختی در بیمارانی که کیفیت زندگی پایینی دارند، زیاد است و از دیگر سو، خود این مشکلات نیز باعث کاهش هرچه بیشتر کیفیت زندگی می‌شود (۱۰). کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی، پویا و وسیع‌تر از سلامتی می‌باشد و بر چهار بعد اصلی سلامت روان‌شناختی، جسمانی، اجتماعی و بهزیستی مرتبط با محیط تأکید دارد. علاوه بر این ابعاد، کیفیت زندگی شامل بیماری، درمان و نیز، ماهیت ذهنی کیفیت زندگی از دیدگاه بیمار است (۸، ۱۰). در بیماران دیابتی نوع II کیفیت زندگی یک کانال رسمی و فرموله شده برای صحبت کردن پیرامون زندگی شخصی و بیماری است (۱۰). کاهش کیفیت زندگی نه تنها باعث کاهش احساس رضایت فرد مبتلا در زندگی می‌شود، بلکه با تحت تأثیر قرار دادن تعهد فرد نسبت به انجام دستورات درمانی و مراقبتی می‌تواند بر نتایج حاصل از درمان و مراقبت از بیماری مؤثر واقع شود (۹). از جمله متغیرهای روان‌شناختی مؤثر برای درک تفاوت‌های فردی در آسیب‌پذیری نسبت به مشکلات جسمی و روان‌شناختی، و کیفیت زندگی؛ سبک‌های مقابله‌ای فرد در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا می‌باشد (۱۱). بررسی‌ها نشان می‌دهند که چنانچه افراد به سبک‌های مقابله‌ای کارآمد مجهز نباشند و توانایی

را در ایران ۷/۷ درصد و در جمعیت شهری و روستایی بالای ۳۰ سال استان کرمانشاه ۶/۸ درصد گزارش کرده‌اند (۳، ۴). در سبب شناسی دیابت نوع II، نقش عوامل محیطی برجسته می‌باشد (۱). همچنین مطالعات نشان داده‌اند که بروز عوارض در این بیماران شایع است، به ویژه عوارض بلندمدت همانند عوارض قلبی، چشمی، کلیوی، روان‌شناختی، ارتباطات فردی، خانوادگی و اجتماعی؛ درمان تمامی این مشکلات، بیماران و دولت را با هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم سنگینی مواجه می‌سازد (۵). از جمله مهم‌ترین عوارض مذکور، اختلالات روان‌شناختی می‌باشد که بر توانایی بیمار در انجام و تداوم مراقبت‌های پزشکی توصیه‌شده تأثیر منفی دارند (۶). استرس روان‌شناختی قادر است با فعال کردن محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال^۱ (HPA)، افزایش قند خون را آغاز یا تشدید کند (۳). گرچه بیماری‌های مزمن با افزایش شیوع افسردگی همراه می‌باشند، اما در مورد بیماران دیابتی این مسأله سه برابر شایع‌تر است و شیوع افسردگی در آن‌ها ۶۳/۳ درصد می‌باشد (۶). پاسخ هیجانی معمول در ابتدای تشخیص بیماری، اضطراب است اما با پیشرفت بیماری، اختلالات روان‌شناختی بارزتر می‌گردد (۷). اختلالات روان‌شناختی در بیش از یک چهارم بیماران بستری در بخش‌های داخلی دیده می‌شود و در بیماران دیابتی نیز نسبت به جمعیت عمومی شایع‌تر هستند، این درحالیست که غالباً از سوی پزشکان مورد توجه و تشخیص قرار نگرفته و یا مشکلات روان‌شناختی‌شان به‌طور نامناسبی به بیماری‌های جسمی نسبت داده می‌شود (۶، ۷). بیشتر مسائل روان‌شناختی بیماران به دلیل مشکلات تحمیل شده از جانب دیابت مانند؛ رژیم غذایی، تحرک و فعالیت کم، پایش تهاجمی قند خون، تزریق روزانه انسولین، عوارض مزمن جسمانی، بستری شدن در بیمارستان و کوتاه شدن متوسط عمر می‌باشد (۸). اختلالات

¹ Hypothalamic-Pituitary-Adrenal (HPA)

پایینی برای درک هیجان‌های خود و دیگران داشته باشند، در برخورد با فشارها و بحران‌های زندگی توان کمتری خواهند داشت و مشکلات روان‌شناختی بیشتری را به صورت استرس، اختلالات اضطرابی، خلقی و سازگاری بروز خواهند داد (۱۲). سبک‌هایی که فرد برای مقابله بر می‌گزیند، بخشی از نیمرخ آسیب‌پذیری وی به‌شمار می‌رود. به‌کاربردن سبک‌های ناکارآمد در برخورد با عوامل فشارزا می‌تواند موجب افزایش مشکلات گردد، در حالی که به‌کارگیری سبک‌های مقابله‌ای کارآمد و مثبت می‌تواند اثرات مخرب استرس و بحران‌های زندگی را بر جسم و روان فرد مهار و پیامدهای سودمندی در پی داشته باشد (۱۳).

مقابله^۱، به‌عنوان یک فرآیند روان‌شناختی، به‌مجموع کوشش‌های شناختی و رفتاری فرد برای غلبه بر شرایط استرس‌زا گفته می‌شود، که شامل تلاش برای اداره و تنظیم تقاضاهای محیطی، درونی و کشمکش میان آنهاست (۱۱). در سبک مقابله مسأله‌مدار^۲، فرد بر عامل فشارآور متمرکز می‌شود و سعی می‌کند اقدامات سازنده‌ای در راستای تغییر شرایط فشارآور یا حذف آن انجام دهد، اما در سبک مقابله‌ی هیجان‌مدار^۳، فرد سعی می‌کند، پیامدهای هیجانی واقعی فشارآور را مهار کند. کارکرد اولیه‌ی مقابله‌ی هیجان‌مدار، تنظیم و مهار هیجانی عامل فشارآور است تا تعادل هیجانی فرد حفظ شود اما در سبک مقابله‌ی مسأله‌مدار، فرد بر مسأله تمرکز می‌کند و سعی در حل آن دارد (۱۲، ۱۳). پژوهش‌های متعدد از جمله گزارش اتحادیه جهانی سلامت روان^۴ (WFMH) نشان می‌دهد که از هر چهار بیمار دیابتی یک نفر از علائم افسردگی، اضطراب و استرس رنج می‌برد و در این بیماران سه برابر افراد عادی اختلالات روان‌شناختی مشاهده می‌شود، به‌گونه‌ای که

افسردگی همراه با بیماری‌های زمینه‌ای، عامل پیش‌گویی‌کننده کیفیت زندگی پایین می‌باشد (۱۳، ۱۰). مطالعات متعددی حاکی از پایین بودن کیفیت زندگی در بیماران مزمن می‌باشد (۱۴). کیفیت زندگی پایین به افزایش استفاده از خدمات مربوط به سلامت و متعاقب آن، افزایش در هزینه‌های این بیماران می‌انجامد (۱۴، ۱۰-۸).

هرمانس^۵ و همکاران (۱۵) نشان دادند که در بیماران دیابتی شیوع اختلالات خلقی ۱۲/۶ درصد و اختلالات اضطرابی ۵/۹ درصد می‌باشد و بین سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی و ناکارآمد در این بیماران با کیفیت پایین زندگی و بهبودی سریع‌تر درمان رابطه معکوس وجود دارد (۱۶، ۱۴). نتایج مطالعه داروکا^۶ و همکاران (۱۴) نشان داد بیماری‌های مزمن و اختلالات روان‌شناختی همراه با آن‌ها بر کیفیت زندگی تأثیر منفی دارد و در زنان و مردان نیز در دو حوزه روان‌شناختی و جسمانی کیفیت زندگی تفاوت وجود دارد. پاور^۷ و همکاران نیز، شیوع افسردگی را در بزرگسالان دیابتی نوع I و II سنجیدند. یک سوم مبتلایان به دیابت نوع I و ۳۷-۴۳٪ مبتلایان به دیابت نوع II گزارش کردند که افسرده هستند. این میزان برای زنان و مردان مبتلا به دیابت نوع I به ترتیب ۳۰ و ۲۵ درصد و برای زنان و مردان مبتلا به دیابت نوع II به ترتیب ۳۸ و ۳۵ درصد گزارش شد (۱۷). همچنین، نتایج مطالعه گیلی^۸ و همکاران نشان داد که شیوع بیماری‌های روانی در بیماران مزمن ۵۶/۸ درصد است (۱۸)، و در آن‌ها به ویژه دیابت نوع II و قلبی-عروقی بین استفاده از سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و اجتنابی با کیفیت پایین زندگی و افزایش اختلالات روان‌شناختی و عود مجدد این اختلالات رابطه تنگاتنگی وجود دارد (۱۶، ۱۴، ۱۱، ۸). بر اساس مطالعات صورت گرفته سبک‌های مقابله‌ای

⁵ Hermanns

⁶ DaRocha

⁷ Pouwer

⁸ Gili

¹ Coping

² Problem Solving Coping Styles

³ Emotional Coping Styles

⁴ World Federation for Mental Health (WFMH)

درمان فراشناختی^۶، و درمان پذیرش و تعهد^۷ (ACT) (۲۱). در این درمان‌ها به جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. یکی از این درمان‌ها که اخیراً در مرکز توجه جدی پژوهشگران قرار گرفته است، درمان پذیرش و تعهد (ACT) می‌باشد (۲۲).

در ACT هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (۲۱). در این درمان ابتدا سعی می‌شود، پذیرش روانی^۸ فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به‌طور کامل پذیرفت. در مرحله دوم، بر آگاهی روانی^۹ 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 آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی^{۱۰} یا داستان شخصی که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی اش را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها). در نهایت،

اجتنابی و هیجان مدار با عدم تبعیت از درمان و Hemoglobin A (1c) بالا در بیماران رابطه دارند در حالی که کاربرد سبک‌های مقابله‌ای مسأله مدار و فعالانه و مواجهه با بیماری با سازگاری بهتر و HbA1c پایین مرتبط است (۱۹). بیماری‌های مزمن به ویژه دیابت نوع II از لحاظ علت شناسی و درمان (کنترل و معالجه) چند عاملی بوده و مستلزم تلاش‌هایی براساس الگوی زیستی- روانی- اجتماعی^۱ جهت مدیریت بیماری و کاهش بار سنگین اقتصادی و بهداشتی می‌باشند (۲۰). برای درمان و کاهش اختلالات روان‌شناختی و نیز بهبود کیفیت زندگی در این بیماران علاوه بر درمان‌های دارویی، درمان‌های روان‌شناختی متعددی در طول سال‌های متوالی ابداع شده است. با وجود شواهد محکمی که در رابطه با اثربخشی درمان‌های شناخته شده استاندارد و معمول^۲ (TAU) وجود دارد، نتایج پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد که کارگیری آن‌ها (مثلاً، درمان شناختی- رفتاری^۳ (CBT))، برای تعداد زیادی از درمانگران و مبتلایان به بیماری‌های مزمن دشوار است و اغلب این مداخله‌های درمانی حتی با دقیق ترین برنامه ریزی و اجرا نیز با پاسخ درمانی مناسبی روبه‌رو نمی‌شوند. برخی از مبتلایان به بیماری‌های مزمن تحت درمان گروهی CBT، سود چندانی از این درمان نمی‌برند و نمی‌توانیم به‌طور پایایی پیش‌بینی کنیم که چه کسی از این درمان سود می‌برد و چه کسی سود نمی‌برد، مکانیسم‌های خاص درمان ناشناخته مانده و حفظ دستاوردهای درمان یک چالش همیشگی است (۲۰). امروزه با نسل سوم این درمان‌ها مواجه هستیم که آن‌ها را می‌توان تحت عنوان کلی، مدل‌های مبتنی بر پذیرش^۴ نامید؛ مانند درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی^۵ (MBCT).

⁶ Meta Cognitive

⁷ Acceptance and Commitment Therapy

⁸ Psychological Acceptance

⁹ Psychological Awareness

¹⁰ Cognitive Defusion

¹ Biopsychosocial Model

² Treatment As Usual (TAU)

³ Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

⁴ Acceptance Based Models

⁵ Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCaT)

ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه^۱ یعنی؛ فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی (۲۲-۲۰). این تجارب ذهنی می‌توانند افکار غیرمنطقی، وسواسی، فلش بک، خشم، استرس، هراس‌ها و یا اضطراب‌های اجتماعی و... باشند (۲۲). مزیت عمده این روش نسبت به روان درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی، به جهت تأثیر و تدوام بیشتر اثر بخشی درمان است (۲۰). در واقع، مداخلات در درمان ACT برای دیابت با هدف کاهش و کنترل اختلالات مرتبط با دیابت که چالش‌هایی هیجانی ایجاد می‌کنند و نیز برای بهبودی و ارتقای مهارت‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی انجام می‌شود. این نوع از روان درمانی احتمالاً تغییرات واقع‌بینانه‌ای در رابطه با دیابت ایجاد می‌کند (۲۲).

در حالی که شواهد تجربی در مورد تأثیر این روش درمانی بر اختلالات متعدد روان‌شناختی از قبیل افسردگی، وسواس فکری- عملی، تریکوتیلومانی^۲، اضطراب منتشر، شخصیت مرزی و خوردن و نیز دردهای مزمن رو به افزایش است (۲۳)، اما تقریباً مطالعات بسیار اندکی این روش درمانی را در درمان علائم روان‌شناختی و بهبود و مدیریت سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی در بیماران مزمن به ویژه دیابت نوع II بررسی کرده‌اند. نتایج پژوهش گراهام^۳ و همکاران (۲۴) نشان داد که روان درمانی به روش ACT طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در درمان افسردگی اساسی، اضطراب و استرس در افراد مبتلا به سکنه مغزی با اختلال قلبی و سرگیجه بسیار مؤثر است ($p < .05$). ویکسل^۴ و همکاران (۲۵) نیز در پژوهشی میانجی‌گرهای تغییر در درمان مبتنی بر ACT را مورد بررسی قرار دادند. شش متغیر مختلف نظریه‌های زیربنایی ACT و CBT به عنوان

میانجی‌گرهای احتمالی در تحلیل گنجانده شدند: باورهای مربوط به آسیب ناشی از درد، واکنش به درد، خودکارآمدی، ترس از حرکت، فاجعه پنداری و شدت درد. نتایج نشان داد باورهای مربوط به آسیب ناشی از درد و واکنش به درد، تنها متغیرهایی بودند که به‌طور معناداری اثرات متمایز درمان در پیگیری را پیش‌بینی می‌کردند ($p < .05$). همچنین، الگوی نتایج نشان داد متغیرهای همسو با انعطاف پذیری روان‌شناختی اثرات مداخلات مبتنی بر ACT را در بهبود کارکرد بیماران مبتلا به درد ناتوان کننده تعدیل می‌کند. مطالعه‌ی حسینی و همکاران (۲۶) نیز حاکی از اثر بخشی بالای درمان ACT بعد از ۱۰ جلسه درمان هفتگی بر خود مدیریتی در بیماران دیابتی نوع II در مقایسه با گروه گواه بود. در این خصوص هولبرت-ویلیامز^۵ و همکاران (۲۷) نشان دادند که ۸ جلسه درمان به روش ACT منجر به بهبود سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد در آزمودنی‌ها و نیز تنظیم هیجانی در آن‌ها شده است. همچنین، عرب‌شیبانی و همکاران (۲۸) نشان دادند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نمرات کیفیت زندگی و کنترل قند خون بیماران دیابتی مؤثر است. با توجه به جدید بودن این روش درمانی، بررسی اثر بخشی آن بر علائم و اختلالات روان‌شناختی مختلف به ویژه در مبتلایان به بیماری‌های مزمن ضروری به نظر می‌رسد و می‌تواند در روان درمانی این اختلالات و بهبود شرایط آن‌ها، تحولی ایجاد نماید. بیماری‌های مزمن پزشکی با گروهی از مشکلات روان‌شناختی همراه هستند که تأثیرات روان‌درمانی برای این مشکلات به‌طور متوسط ثابت شده است. درمان و کاهش این مشکلات همراه با بیماری‌های مزمن به ویژه در بیماران دیابتی از چالش‌انگیزترین موضوعات بالینی و بهداشت روانی است (۲۹).

با توجه به مرگ‌ومیر ناشی از این اختلالات (تقریباً ۲٪ از میزان مرگ‌ومیرها)، بازبینی ادبیات تحقیقی

¹ Committed Action

² Trichotillomania

³ Graham

⁴ Wicksell

⁵ Hulbert-Williams

روش کار

طرح پژوهش از نوع نیمه تجربی با پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران دیابت نوع II از بین مراجعه کنندگان به بیمارستان تخصصی دیابت طالقانی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۳ می‌باشد که بنا بر تشخیص قطعی پزشکان متخصص حاضر در مرکز دارای دیابت نوع II بودند. در مجموع، از میان ۴۹۰ نفر جامعه مورد بررسی ($N=490$)، براساس معیارهای ورود به مطالعه و اجرای یک جلسه پیش آزمون و با مصاحبه بالینی که توسط پژوهشگر زیر نظر روان‌پزشک و روان‌شناس براساس معیارهای تشخیصی DSM_IV_TR، انجام گرفت، ۲۲ نفر از زنانی که بالاترین نمرات را (به‌عنوان خط پایه) پس از تکمیل پرسش‌نامه‌های فرم کوتاه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21)، کیفیت زندگی (WHOQL-26) و سبک‌های مقابله‌ای (SISS) کسب کردند، با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۱ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند، اما در جلسه دوم و سوم در گروه آزمایش ریزشی به تعداد ۳ نفر و در گروه کنترل ریزشی به تعداد ۲ نفر اتفاق افتاد. بنابراین به منظور تساوی حجم نمونه در دو گروه، به‌صورت تصادفی ۱ آزمودنی نیز، از گروه کنترل حذف و در نهایت تعداد آزمودنی‌ها در هر دو گروه یکسان شد ($n_1=n_2=8$). لازم به ذکر است که اغلب گروه درمانی‌ها با رویکردهای درمانی مختلف از ۵ تا ۱۰ بیمار و معمولاً با ساختار بسته تشکیل می‌گردد و اگر تعداد افراد در گروه‌ها کمتر از ۸ نفر باشد، پیوستگی گروه به دلیل غیبت احتمالی یک بیمار به خطر می‌افتد. از طرف دیگر، در صورتی که تعداد شرکت کنندگان در گروه درمانی مورد مطالعه بیشتر از ۸ نفر باشد، فراهم آوردن زمان کافی برای تمرین مهارت‌های در نظر گرفته شده برای هر فرد و دادن بازخورد مناسب به او، با دشواری مواجهه

مربوط برای دستیابی به سودمندترین گزینه‌های درمانی ضروری به نظر می‌رسد. در این خصوص، هرچند که پیشگیری اولیه همواره کارآمد و مؤثر نبوده است، ولی شواهد نشان می‌دهد پیشگیری ثانویه (مداخله‌های درمانی) می‌تواند مشکلات روانی، اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی آتی را به‌طور چشمگیری کاهش دهد (۳،۴)، و شواهد تجربی در مورد تأثیر روش درمانی پذیرش و تعهد (ACT) بر اختلالات متعدد، رو به افزایش است. حتی زمانی که تداوم درمان و هزینه‌های مربوطه در نظر گرفته می‌شود، درمان‌های روان‌شناختی برای کاهش و کنترل علائم روانی ارزان‌تر از دارو درمانی می‌باشد (۲۰). شیوع بالای دیابت نوع II، افسردگی، اضطراب، استرس، و کیفیت پایین زندگی، بی‌نتیجه بودن مراجعات متعدد به روان‌پزشک، روان‌شناس و به دنبال آن احساس ناامیدی و درماندگی، وابستگی بیش از حد بیمار به افراد خانواده و سایر کسانی که از او مراقبت می‌کنند یا بالعکس، جدا شدن فرد مبتلا به اختلال از خانواده و جامعه و رفتن به‌سوی درون‌گرایی و سبک‌های هیجان‌مدار و اجتنابی، غیبت از محل کار، هزینه‌های پزشکی و دارویی، فشار مالی بر خانواده و دوستان و... همگی موجب می‌شود تا فرد، بیماری و ناراحتی‌اش را بیش از حد برآورد کند و امکان مقابله با آن را در خود نبیند. نتیجه اینکه، این استرس‌ها ممکن است تا حدی بر بیمار فشار آورند و او را به فکر و یا حتی اقدام به خودکشی وادار نمایند. از این گذشته، در سطح اجتماعی نیز هزینه‌هایی که بر سیستم‌های خدمات بیمه‌ای، بهداشتی، و... تحمیل می‌شود، لزوم توجه بیشتر به این بیماری‌ها و درمان مناسب را دو چندان می‌کند. لذا، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روان‌شناختی، سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی در بیماران دیابتی نوع II انجام شد.

وارد شد. طرح درمانی جلسات به اختصار در جدول ۱ ارائه شده است.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل؛ تمایل خود بیمار برای شرکت در پژوهش، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، دریافت تشخیص قطعی بیماری دیابت نوع II حداقل به مدت یکسال از جانب متخصص مربوطه، دارا بودن معیارهای کامل برای تشخیص افسردگی، اضطراب، استرس با توجه به پرسش‌نامه‌های مورد استفاده، مصاحبه بالینی و به تشخیص روان‌شناس و روان‌پزشک بر مبنای DSM-IV-TR حداقل به مدت ۳ ماه، عدم دریافت روان‌درمانی و دارودرمانی قبل از ورود به پژوهش، سن بین ۲۰-۵۵ سال، ساکن استان کرمانشاه و تکمیل رضایت‌نامه به وسیله آزمودنی جهت شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج نیز شامل؛ عدم رضایت آگاهانه و عدم تمایل به شرکت در پژوهش، ابتلای به دیابت نوع I، ابتلای به بیماری‌های مزمن دیگر نظیر بیماری‌های کلیوی، کبدی، قلبی-عروقی، سکنه مغزی همراه با عوارض، عفونت‌های حاد و مزمن (با توجه به آزمایشات خون مندرج در پرونده و شرح حال بیمار)، داشتن هرگونه بیماری سیستمیک دیگر و بیماری‌های نورولوژیک و ناتوان‌کننده (سرطان، هیپاتیت، ایدز)، مصرف دخانیات و مواد مخدر یا الکل، معلولیت جسمی و ذهنی، نداشتن سواد لازم، و سکونت در خارج از استان بود. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌های ذیل صورت گرفت:

فرم کوتاه پرسش‌نامه افسردگی، اضطراب و استرس^۲ (DASS-21)

در این مقیاس ۲۱ آیتمی هر عامل روانی (افسردگی، اضطراب و استرس) توسط ۷ سؤال مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. و سؤالات آن به صورت طیف لیکرت چهار درجه‌ای (کاملاً شبیه من = ۳، تا کاملاً متفاوت از

می‌گردد. لذا با اذعان به مطالب بالا و عدم امکان انجام مجدد نمونه‌گیری پژوهش با ۸ نفر بیمار ادامه یافت. در مرحله اجرای پژوهش، پژوهشگر ابتدا خود را به افراد مورد بررسی معرفی و پس از مصاحبه انفرادی با آزمودنی‌ها و توضیح کامل در مورد پژوهش، هدف پژوهش و نحوه تکمیل پرسش‌نامه‌ها، تأکید نمود که پرسش‌نامه‌های مورد استفاده بی‌نام بوده و اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج پژوهش بدون نام و نشان از آن‌ها منتشر خواهد شد و در هر زمان که مایل باشند می‌توانند از مطالعه خارج شوند تا آزمودنی‌ها با رضایت تمام پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کنند. همه پرسش‌نامه‌ها به صورت انفرادی پر شدند و پژوهشگر در اجرای پرسش‌نامه‌ها جهت رفع ابهامات احتمالی آزمودنی‌ها در محل حضور داشت. یک جلسه پیش از آزمون برگزار شد و دو گروه به سؤالات پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند. سپس اعضای گروه آزمایشی (۸ نفر) در ۸ جلسه مداخله درمانی گروهی ۱۲۰ دقیقه‌ای بر اساس اصول انجمن روان‌پزشکان آمریکا^۱ (APA) طی دو جلسه در یک هفته (هر هفته دو جلسه) شرکت نمودند (در یکی از اتاق‌های بیمارستان). و گروه کنترل، مداخله درمانی مذکور را دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات، از هر دو گروه پس از آزمون به عمل آمد. روش درمانی مورد استفاده در پژوهش حاضر، نسخه بسط‌یافته از طرح درمان پذیرش و تعهد می‌باشد که از لحاظ علمی و عملی، توسط بورد مشاورین علمی مورد تأیید قرار گرفته است (۲۰، ۲۱). محتوای جلسات درمانی به‌طور سازمان‌یافته اجرا شد و پس از اتمام جلسات، از هر دو گروه پس از آزمون به عمل آمد. در نهایت کل برنامه درمانی از یک پیش‌جلسه و ۸ جلسه درمانی تشکیل شد. به دلیل ملاحظات اخلاقی برای گروه کنترل، جلسات به صورت مشاوره حمایتی اجرا شد و بعد از اتمام پژوهش و معلوم شدن نتایج، این گروه نیز در کاربندی درمانی

² Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21)

¹American Psychiatric Association (APA)

روش باز آزمایی در حوزه سلامت جسمانی (۰/۷۷)؛ در حوزه سلامت روانی (۰/۷۷)؛ در حوزه سلامت اجتماعی (۰/۷۵) و در نهایت در حوزه سلامت محیطی (۰/۸۹) گزارش شده است (۱۰).

پرسش نامه مقابله با شرایط استرس زا^۲ (SISS)

این پرسش نامه شامل ۴۸ سؤال می باشد که سه سبک مقابله ای را می سنجد؛ مقابله ای مسأله مدار، هیجان مدار و اجتنابی. هر سؤال به وسیله ۵ گزینه لیکرتی (از هرگز تا خیلی زیاد) درجه بندی می شود و هر مقوله شامل ۱۶ سؤال است. سازندگان این پرسش نامه روایی و اعتبار آن را برای هر دو مقیاس بزرگسالان و نوجوانان در سطح بسیار بالا گزارش کرده اند. در هنجاریابی داخلی نیز (۱۲) آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۳ و برای خرده مقیاس های مقابله ای مسأله مدار، هیجان مدار و اجتنابی به ترتیب: ۰/۸۶، ۰/۸۱، و ۰/۷۹ گزارش گردیده است.

پیش از تجزیه و تحلیل داده ها، ابتدا مفروضه های لازم برای تحلیل کوواریانس، مانند برابری نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه (با استفاده از آزمون کولموگراف- اسمیرنف و شاپیرو- ویلک)، همگنی واریانس ها (با استفاده از آزمون لوین) و همگنی شیب خط رگرسیون بررسی و پس از اطمینان از برآورده شدن ملاک های لازم، تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-16 و به کارگیری روش های آمار توصیفی، میانگین، انحراف معیار و تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) انجام شد.

من = ۰) است. این پرسش نامه دارای پایایی درونی، ۰/۸۱ برای افسردگی، ۰/۸۲ برای اضطراب، ۰/۹۰ برای استرس و ۰/۹۳ برای مقیاس کلی است و اعتبار سازه و همگرا و واگرای آن بالا گزارش شده است، با آلفای کرونباخ: ۰/۹۶ (۳۰). همچنین، در هنجاریابی داخلی (۳۱) اعتبار باز آزمایی برای افسردگی (۰/۸۱)، اضطراب (۰/۷۸)، استرس (۰/۸۰)، و کل مقیاس را (۰/۸۲) گزارش شده است. همچنین، همسانی درونی (ضریب آلفا) برای استرس، افسردگی و اضطراب به ترتیب: ۰/۸۷، ۰/۸۵ و ۰/۷۵ گزارش و روایی افتراقی و تحلیل عاملی آن تأیید شد.

پرسش نامه کیفیت زندگی^۱ (WHOQL-26)

این پرسش نامه، حاوی ۲۶ سؤال است و در یک طیف لیکرت (۱ تا ۵) کیفیت زندگی بیمار را در چهار حوزه سلامت جسمانی (۶ سؤال شامل: ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶ و ۱۷)؛ سلامت روانی (۷ سؤال شامل: ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۱، ۱۸ و ۱۹)؛ سلامت اجتماعی (۳ سؤال شامل: ۲۰، ۲۱ و ۲۲) و سلامت محیطی (۸ سؤال شامل: ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴، ۲۵ و ۲۶) را ارزیابی می کند. ۲ سؤال اول به هیچ یک از حوزه ها تعلق ندارد و وضعیت، سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می دهد. دامنه ی نمرات بین ۳۸ تا ۱۱۸ می باشد. با توجه به نحوه ی نمره گذاری پرسش نامه (جمع کلی نمرات) نمره بالاتر نشانه کیفیت زندگی بالاتر است. این مقیاس از روایی افتراقی، روایی محتوایی، پایایی آزمون- باز آزمون خوبی برخوردار است و آلفای کرونباخ آن برای خرده مقیاس های چهارگانه و کل مقیاس بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۹ گزارش شده است (۳۲). در هنجاریابی داخلی این مقیاس، پایایی آزمون به

^۲ Coping Inventory for Stressful Situation (SISS)

^۱ World Health Organization Quality of Life (WHOQL-26)

جدول ۱. خلاصه محتوای طرح درمانی پذیرش و تعهد (ACT)

جلسات	مداخلات / محتوا
پیش جلسه	آشنایی اولیه با مراجع و برقراری رابطه مناسب با هدف پر کردن صحیح پرسش نامه‌ها و ایجاد اعتماد؛ اجرای پرسش نامه جمعیت شناختی و اجرای پیش آزمون.
جلسه اول	معرفی درمانگر، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی؛ معرفی درمان ACT، اهداف و محورهای اصلی آن؛ تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان؛ ارائه اطلاعات درباره دیابت و انواع آن؛ مرور درمان‌های مربوط به دیابت، هزینه‌ها و فواید آن‌ها؛ آموزش روانی؛ استراحت و پذیرایی و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه دوم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها؛ ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر؛ بررسی انتظارات بیماران از درمان ACT؛ ایجاد درماندگی خلاق؛ استراحت و پذیرایی؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه سوم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و پی بردن به بی‌بودگی آن‌ها؛ توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار، مقاومت و ... و اینکه پذیرش یک فرآیند همیشگی است، نه مقطعی و سپس، مشکلات و چالش‌های پذیرش بیماری دیابت مورد بحث قرار گرفت؛ توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای اجتناب، کشف موقعیت‌های اجتناب شده و تماس با آن‌ها از طریق پذیرش؛ تعریف مقابله و راهبردهای مقابله‌ای کارآمد و ناکارآمد؛ استراحت و پذیرایی؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد؛ ارائه تکلیف خانگی.
جلسه چهارم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ تکلیف و تعهد رفتاری؛ معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم سازی شده و گسلش؛ کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی؛ مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان و استعاره‌ها؛ تضعیف اتلاف خود با افکار و عواطف؛ استراحت و پذیرایی؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد؛ ارائه تکلیف خانگی.
جلسه پنجم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار؛ مشاهده خود به عنوان زمینه؛ تضعیف خود مفهومی و بیان خود (توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند). در این تمرینات، شرکت‌کنندگان می‌آموزند بر فعالیت‌های خود (نظیر تنفس، پیاده روی و ...) تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند و زمانی که هیجانات، حس‌ها و شناخت‌ها پردازش می‌شوند، بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرند. یعنی می‌آموزند به افکار و احساسات‌شان توجه کنند ولی به محتوای آن نچسبند؛ استراحت و پذیرایی؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد؛ ارائه تکلیف خانگی.
جلسه ششم	مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد از بیماران؛ شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و تصریح و تمرکز بر این ارزش‌ها و توجه به قدرت انتخاب آن‌ها؛ استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی با تأکید بر زمان حال؛ استراحت و پذیرایی؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه؛ بررسی تمرین جلسه بعد و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه هفتم	مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد از بیماران؛ بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی؛ تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب ارزش‌ها توضیح داده شد؛ موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزش‌ها بحث شد؛ اعضا مهم‌ترین ارزش‌هایشان و موانع احتمالی در پیگیری آن‌ها را فهرست نموده و با سایر اعضا در میان گذاشتند. اهداف مرتبط با ارزش‌ها و ویژگی‌های اهداف (اختصاصی، قابل ارزیابی، واقع‌گرایانه و همسو با ارزش‌های شخصی) برای گروه بحث شد. سپس اعضا سه مورد از مهم‌ترین ارزش‌هایشان را مشخص و اهدافی که مایل بودند در راستای هر یک از آن ارزش‌ها دنبال کنند را تعیین کردند و در آخر کارها/ رفتارهایی که قصد داشتند تا برای تحقق آن اهداف انجام دهند را مشخص کردند؛ نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج.
جلسه هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل)؛ شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها؛ درباره مفهوم عود و آمادگی برای مقابله با آن نکاتی بیان شد؛ مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسات به همراه مراجع؛ در میان گذاشتن تجارب اعضای گروه با یکدیگر و دستاوردها و انتظاراتی که برآورده نشده بود؛ و در نهایت از بیماران برای شرکت در گروه تشکر و پس آزمون اجرا شد.

یافته‌ها

خانه‌دار بودن در هر دو گروه بیشترین فراوانی را داشته، همچنین نتایج نشان داد که از نظر وضعیت اقتصادی، در گروه آزمایش؛ ۲۰٪ ضعیف، ۶۶/۷٪ متوسط و ۱۳/۳٪ خوب و در گروه کنترل به ترتیب؛ ۲۶/۷٪ ضعیف، ۶۲/۱٪ متوسط و ۱۱/۲٪ خوب بودند که حاکی از همتابودن دو گروه آزمایش و کنترل بر

داده‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها نشان داد که میانگین سنی در گروه آزمایش ۴۹/۷۲±۸/۹۰ و در گروه کنترل ۴۹/۲۳±۷/۳۰ سال می‌باشد. میانگین تحصیلات در گروه آزمایش ۷/۵۲±۰/۹۲ و گروه کنترل ۸/۳۷±۱/۳۰ بود. سطح تحصیلات فوق دیپلم و

اساس جنسیت و سایر متغیرهای مورد پژوهش می‌باشد. شاخص‌های توصیفی دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در مقیاس‌های مورد پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

میانگین نمرات کلی علائم افسردگی، اضطراب و استرس در گروه آزمایش از ۴۵/۷۰ در پیش آزمون به ۳۴/۳۰ در پس آزمون کاهش یافت اما در گروه کنترل میانگین این نمرات، افزایش نشان داد (۴۳/۵۵ در برابر ۴۵/۷۰). همچنین، میانگین نمرات کیفیت زندگی و سبک‌های مقابله‌ای در گروه آزمایش در

مرحله پیش آزمون به ترتیب برابر با ۱۳۷، ۲۹/۸۷، ۳۳/۷۵ و ۳۴/۵۰ است که، این میزان بعد از مداخله درمانی در مرحله پس آزمون به ۱۶۵/۳۰ برای کیفیت زندگی و ۳۸/۳۷ برای مقابله‌ی مسأله مدار، ۲۶/۸۷ برای مقابله‌ی هیجان مدار و ۲۷/۵۴ برای مقابله‌ی اجتنابی افزایش و بهبود نشان می‌دهد. اما در گروه کنترل، در میانگین این نمرات در مرحله پیش آزمون نسبت به مرحله پس آزمون تغییر محسوسی مشاهده نشد (جدول ۲). داده‌های توصیفی هر یک از مؤلفه‌های افسردگی، اضطراب و استرس به صورت مجزا در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲. داده‌های توصیفی پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای مورد پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرهای پژوهش	گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	آزمایش	۸	۱۴/۷۰	۳/۴۰	۱۰/۴۰	۲/۶۵
	کنترل	۸	۱۴/۹۵	۳/۶۰	۱۵/۶۵	۴/۲۰
اضطراب	آزمایش	۸	۱۴/۴۰	۲/۱۵	۱۱/۳۵	۲/۱۰
	کنترل	۸	۱۳/۸۰	۳/۰۵	۱۴/۲۰	۳/۳۵
استرس	آزمایش	۸	۱۵/۶۵	۲/۷۵	۱۱/۴۵	۲/۲۰
	کنترل	۸	۱۵/۸۰	۲/۵۰	۱۵/۴۰	۲/۹۰
نمره کل DASS	آزمایش	۸	۴۵/۷۰	۵/۳۵	۳۴/۳۰	۴/۴۰
	کنترل	۸	۴۳/۵۵	۶/۱۵	۴۵/۷۰	۷/۲۰
کیفیت زندگی	آزمایش	۸	۱۳۷	۱۲/۳۶۵	۱۶۵/۳۰	۹/۰۲۰
	کنترل	۸	۱۳۸/۸۵	۱۳/۴۵۰	۱۴۰/۵۵	۱۳/۷۲۰
سبک مقابله مسأله مدار	آزمایش	۸	۲۹/۸۷۵	۷/۹۸۵	۳۸/۳۷۵	۸/۷۱۵
	کنترل	۸	۲۷/۷۵۰	۷/۷۵۵	۲۶/۸۸۰	۶/۷۸۰
سبک مقابله هیجان مدار	آزمایش	۸	۳۳/۷۵۰	۷/۶۳۹	۲۶/۸۷۵	۸/۹۸۳
	کنترل	۸	۳۲/۲۵۰	۴/۹۴۹	۳۱/۱۷۰	۶/۳۴۸
سبک مقابله اجتنابی	آزمایش	۸	۳۴/۵۰۰	۶/۰۴۷	۲۷/۵۴۰	۵/۱۲۶
	کنترل	۸	۳۵/۷۵۰	۳/۱۰۵	۳۵/۱۲۵	۴/۳۸۹

یافته‌های تحلیل کوواریانس حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین میانگین نمرات کلی علائم افسردگی، اضطراب و استرس و هر یک از مؤلفه‌های آن بر حسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و کنترل) در مرحله پس آزمون معنادار بوده است ($p < 0/05$). بنابراین، مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در مرحله پس آزمون گروه

آزمایش تأثیر معناداری بر نمرات این متغیر از پژوهش داشته است و به ترتیب باعث کاهش ($0/73$) در مؤلفه افسردگی؛ $0/79$ در مؤلفه اضطراب؛ $0/74$ در مؤلفه استرس؛ و $0/68$ در نمرات کل) شده است ($p < 0/05$). توان آماری بالا ($0/92$) حاکی از دقت آماری قابل قبول و کفایت حجم نمونه می‌باشد. همچنین، تفاوت مشاهده شده بین میانگین نمرات

مدار و کاهش و تغییر در دو سبک ناکارآمد هیجان مدار و اجتنابی در مرحله پس از آزمون گروه آزمایش تأثیر داشته است و توان آماری بالا در این سبک‌ها حاکی از دقت آماری قابل قبول و کفایت حجم نمونه می‌باشد. نتیجه کلی گویای آن است که، روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر بهبود و کاهش علائم اختلالات روان‌شناختی و نیز، اصلاح سبک های مقابله‌ای اثربخش بوده است (جدول ۳).

سبک‌های مقابله‌ای برحسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و کنترل) در مرحله پس از آزمون معنادار است ($p < .05$). میزان تأثیر این مداخله درمانی در مرحله پس از آزمون در گروه آزمایش در دامنه‌ای بین ۰/۶۱ برای مقابله هیجان مدار تا ۰/۷۴ برای مقابله اجتنابی بوده است. بنابراین می‌توان گفت، مداخله درمانی به روش پذیرش و تعهد (ACT) بر افزایش استفاده از سبک مقابله‌ای مسأله

جدول ۳. تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) تأثیر عضویت گروهی بر متغیرهای مورد پژوهش در مرحله پس از آزمون

مقیاس	متغیر شاخص	Df	میانگین مجذورات	ضریب F	P-value	میزان تأثیر	توان آماری
افسردگی	پیش آزمون	۱	۶۹/۷۲	۱۵/۳۴	۰/۰۰۲	۰/۶۳۲	۰/۷۵۵
	عضویت گروهی	۱	۹۱/۹۵	۲۷/۴۵	۰/۰۰۰	۰/۷۳۵	۰/۹۳۵
اضطراب	پیش آزمون	۱	۲۷/۵۸	۶/۲۴۵	۰/۰۳۷	۰/۵۲۶	۰/۶۲۸
	عضویت گروهی	۱	۳۲/۰۰	۸/۲۰	۰/۰۰۰	۰/۷۹۰	۰/۷۶۰
استرس	پیش آزمون	۱	۲۱/۳۴۵	۵/۱۷	۰/۰۴۵	۰/۴۳۳	۰/۶۲۴
	عضویت گروهی	۱	۲۷/۹۵	۴/۵۳	۰/۰۱۱	۰/۳۴۵	۰/۵۰۹
کل DASS	پیش آزمون	۱	۲۳/۵۷	۲/۷۳	۰/۰۲۸	۰/۴۱۹	۰/۴۵۸
	عضویت گروهی	۱	۳۲/۸۰	۳/۹۰	۰/۰۱۶	۰/۶۸۹	۰/۹۲۰
سبک مقابله‌ای مسأله مدار	پیش آزمون	۱	۲۱۸/۲۷۹	۱۱/۴۶۷	۰/۰۲۸	۰/۳۸۲	۰/۵۱۲
	عضویت گروهی	۱	۱۵۲/۶۲۴	۸/۰۲۱	۰/۰۴۷	۰/۶۶۷	0/773
سبک مقابله‌ای هیجان مدار	پیش آزمون	۱	۱۱۲/۲۱۸	۱/۸۷۴	۰/۰۱۲	۰/۳۷۴	۰/۵۰۸
	عضویت گروهی	۱	۱۰۳/۶۹۵	۰/۰۶۰	۰/۰۳۹	۰/۶۱۴	0/816
سبک مقابله‌ای اجتنابی	پیش آزمون	۱	۲۹۳/۳۸۷	۹/۰۰۲	۰/۳۷۳	۰/۶۰۲	۰/۶۳۲
	عضویت گروهی	۱	۳۴۴/۲۰۵	۱۱/۷۳۸	۰/۰۲۷	۰/۷۴۶	0/728

جدول ۴. تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) تأثیر عضویت گروهی بر کیفیت زندگی و زیر مقیاس‌های آن در مرحله پس از آزمون

مقیاس	متغیر شاخص	Df	میانگین مجذورات	ضریب F	P-value	میزان تأثیر	توان آماری
سلامت روان شناختی	پیش آزمون	۱	۲۴/۰۵	۵/۰۹۶	۰/۰۳۴	۰/۰۱۲	۰/۰۵۱
	عضویت گروهی	۱	۳۱/۹۹	۱۶/۷۱	۰/۰۰۴	۰/۸۵۰	۰/۹۳
سلامت جسمانی	پیش آزمون	۱	۸۷/۶۳	۹/۱۱۳	۰/۴۸۶	۰/۰۱۵	۰/۵۳
	عضویت گروهی	۱	۱۰۵/۹۴	۱۳/۶۰۷	۰/۶۴۱	۰/۰۴۸	۰/۹۶
سلامت اجتماعی	پیش آزمون	۱	۱۱۷/۵۲	۶/۸۷۲	۰/۰۱۳	۰/۰۵۸	۰/۶۱
	عضویت گروهی	۱	۱۳۸/۸۹	۱۵/۸۰۷	۰/۰۰۵	۰/۷۷۰	۰/۷۷
سلامت محیطی	پیش آزمون	۱	۷۲/۸۴۵	۱۳/۷۳۶	۰/۰۲۸	۰/۵۴۶	۰/۶۷
	عضویت گروهی	۱	۶۹/۲۵	۱۰/۴۵	۰/۰۰۸	۰/۶۲۳	۰/۸۹
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۱	۱۸۶/۳۱۲	۲۳/۰۷	۰/۰۱۶	۰/۶۶۳	۰/۷۸
	عضویت گروهی	۱	۱۵۴/۱۰۴	۳۴/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶۰	۰/۹۳

تفاوت مشاهده شده بین میانگین نمرات کیفیت زندگی و زیر مقیاس‌های آن برحسب عضویت

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، یافته‌های تحلیل کوواریانس حاکی از آن است که

گروهی (دو گروه آزمایش و کنترل) در پس آزمون برای کیفیت زندگی و زیر مقیاس‌های سلامت روان شناختی، اجتماعی و محیطی معنادار بوده است ($p < 0/05$)، اما برای مؤلفه سلامتی جسمانی معنادار نبود. بنابراین، مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، تأثیر معناداری بر مؤلفه سلامت جسمانی در مرحله پس آزمون گروه آزمایش نداشته است اما بر کیفیت زندگی و سایر زیرمقیاس‌های آن تأثیر معناداری داشته است و باعث افزایش نمرات در دامنه‌ای بین (۰/۶۲ تا ۰/۸۵ درصد) برای زیر مقیاس‌ها و ۰/۷۶ درصد در کیفیت زندگی شده است ($p < 0/05$). همچنین، توان آماری بالای آن نیز حاکی از دقت آماری قابل قبول و کفایت حجم نمونه می‌باشد. نتیجه کلی گویای آن است که روش درمانی ACT، بر متغیرهای مورد پژوهش اثربخش بوده است.

بحث

پژوهش حاضر، با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر علائم روان‌شناختی، سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی در بیماران دیابتی نوع II انجام شد. نتایج نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود و کاهش علائم روان‌شناختی افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران دیابتی نوع II در مرحله پس آزمون مؤثر است ($p < 0/05$). نتایج به دست آمده در این مطالعه با نتایج پژوهش‌های پیشین از جمله گراهام و همکاران (۲۴)، تورپه^۱ و همکاران (۳۲)، کالدول^۲ و همکاران (۳۳)، چاپمن^۳ و همکاران (۳۴)، دیندو^۴ و همکاران (۳۵) همسو می‌باشد.

تا به امروز حمایت‌های پژوهشی متوسطی برای استفاده از هر نوع روان‌درمانی در درمان و کاهش

اختلالات روان‌شناختی در افراد دچار بیماری‌های مزمن وجود داشته است. نتایج پژوهش کالدول و همکاران (۳۳) نشان داد که بیماران مبتلا به دیابت با افسردگی و اضطراب گروه آزمایش تحت درمان مبتنی بر روش ذهن آگاهی در بیش از شش جلسه نسبت به گروه کنترل به‌طور معناداری در مؤلفه‌های افسردگی و اضطراب نمرات بهتری کسب کردند. همچنین، نتایج پژوهش دیندو و همکاران (۳۵) نشان داد که بیماران مبتلا به میگرن و افسردگی اساسی گروه آزمایش تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در پیگیری ۳ ماهه نسبت به گروه کنترل به‌طور معناداری در سه متغیر افسردگی اساسی، کارکرد عمومی و ناتوانی مرتبط با میگرن نمرات بهتری کسب کردند ($p < 0/05$). همچنین، تفاوت مشاهده شده بین میانگین نمرات سبک‌های مقابله‌ای برحسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و کنترل) در مرحله پس آزمون معنادار بود ($p < 0/05$). یعنی روان‌درمانی به روش ACT در مرحله پس آزمون گروه آزمایش توانسته است بر افزایش استفاده از سبک مقابله‌ای مسأله‌مدار و کارآمد و کاهش و تغییر در دو سبک ناکارآمد هیجان‌مدار و اجتنابی تأثیر داشته باشد. این یافته از پژوهش در راستای نتایج مطالعات پیشین از جمله مطالعات گراهام و همکاران (۱۳)، تورپه و همکاران (۳۲)، باروز^۵ (۳۶)، گودوین^۶ و همکاران (۳۷)، دایک^۷ و همکاران (۳۸) می‌باشد.

از تکنیک درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در بهزیستی روان‌شناختی و اصلاح و بهبود سبک‌های مقابله‌ای در مراجعان به‌طور موفقیت آمیز استفاده‌های فراوانی گردیده است (۳۶). نتایج پژوهش باروز (۳۶) نشان داد که درمان مبتنی بر روش پذیرش و تعهد (ACT) بعد از ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در کاهش

⁵ Burrows

⁶ Goodwin

⁷ Dyke

¹ Thorpe

² Caldwell

³ Chapman

⁴ Dindo

ارزش‌ها» در مراجعان، تغییرات درمانی را ایجاد می‌کند. از امتیازات بارز این روان درمانی آن است که به فرد نوعی فرصت یادگیری مهارت‌های جدید و خاص مانند کاهش اجتناب تجربی و افزایش پذیرش روانی و تماس با زمان حال می‌بخشد و همین ویژگی موجب می‌شود که فرد نه تنها از اجتناب دست بردارد، بلکه به شکل انعطاف پذیری با آن مواجه گردد. جداسازی شناختی از تجارب ذهنی به نحوی که فرد بتواند مستقل‌تر و آگاهانه‌تر در دنیای واقعی عمل کند و نیز رهایی از تمرکز مفرط بر داستان شخصی خود ساخته به فرد امکان استفاده از سبک‌های مقابله‌ای کارآمدتر را بدون استرس می‌دهد.

دیگر یافته پژوهش حاضر نشان داد که مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، تأثیر معناداری بر مؤلفه سلامت جسمانی در مرحلهٔ پس آزمون گروه آزمایش نداشته است، اما بر کیفیت زندگی و دیگر مؤلفه‌های آن یعنی سلامت روان شناختی، اجتماعی و محیطی تأثیر معناداری داشته است ($p < .05$). این نتیجه از پژوهش حاضر نیز همسو با نتایج مطالعات پیشین از جمله: عرب‌شیبانی و همکاران (۲۸)، تورپه و همکاران (۳۲)، کالدول و همکاران (۳۳)، گودوین و همکاران (۳۷)، و سپری^۳ و همکاران (۳۹) می‌باشد.

سپری و همکاران (۳۹) به مطالعه مقایسه اثربخشی میان دو درمان خانواده محوری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کیفیت زندگی نمونه‌ای مبتلا به چاقی و فشار خون بالا با آپنه خواب با بیماری دیابت پرداختند. نتایج نشان داد که نه تنها روش ACT بر کیفیت زندگی و کاهش رفتارهای خطر ساز در زمینه فشار خون، و دیابت در گروه آزمایش مؤثرتر از درمان با روش خانواده محور می‌باشد بلکه، بر کاهش آپنه خواب نیز، مؤثرتر از خانواده

رفتارهای اجتنابی و روش‌های مقابله‌ای ناکارآمد و سرکوبی افکار مؤثر بوده و موجب افزایش عمل به ارزش‌ها و بهبود کیفیت زندگی می‌شود. همچنین، در پژوهشی همسو، گودوین و همکاران (۳۷) به بررسی اثربخشی درمان رفتاری مبتنی بر پذیرش^۱ (ABBT) در کوتاه‌مدت بر سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی در بیماران مزمن قلبی-عروقی پرداختند. در این مطالعه ۱۶ نفر مبتلا به بیماری قلبی در چهار گروه به مدت ۹۰ دقیقه مورد آموزش به روش درمانی پذیرش و تعهد قرار گرفتند. نتایج مطالعه نشان داد که، درمان ACT در بهبود کیفیت زندگی و نیز، اصلاح سبک‌های مقابله‌ای و پایبندی به تغییرات مثبت ایجاد شده مؤثر و معنادار می‌باشد ($p < .05$). در تبیین چگونگی تأثیر شیوه درمانی ACT بر علائم روان‌شناختی و سبک‌های مقابله‌ای در بیماران مزمن می‌توان گفت با توجه به مشاهدات بالینی محقق و با مراجعه به پروتکل درمانی به کار گرفته شده در این پژوهش متوجه می‌شویم که، علت این تأثیر، تغییر در نگرش مراجعان در جلسه نخست نسبت به علت ایجاد افکار غیرمنطقی و سیکل منفی و معیوب این افکار و هدف درمان، شروع تمرینات مبتنی بر آگاهی^۲ و ایجاد درماندگی خلاق نسبت به راه حل‌های گذشته، از همان جلسات نخست و نیز، استقبال آزمودنی‌های پژوهش (بیماران دیابتی) از این نگرش جدید بوده است. با توجه به یافته‌های پژوهش، چون متغیر «پذیرش روانی» پیش از کاهش معنادار نشانگان اختلالات روان‌شناختی افزایش یافت، نتیجه‌گیری می‌شود متغیر پذیرش و افزایش توجه و عمل به ارزش‌ها در درمان علائم روان‌شناختی و سبک‌های مقابله‌ای به روش درمانی ACT، به عنوان میانجی تغییر عمل می‌کند. به عبارت دیگر، می‌توان گفت درمان ACT از طریق ایجاد و توسعه‌ی «پذیرش روانی» و «افزایش عمل به

³ Sperry

¹Acceptance-Based Behavior Therapy

²Mindfulness

آگاهی از تجربه و ایجاد واکنش آگاهانه و سازگارانه و کنترل بهتر افکار یا هیجانات ناخوشایند در بیماران دیابتی شده است. تداوم تمرینات درمان فوق منجر به پذیرش بیماری از جانب فرد مبتلا و ایجاد تغییرات رفتاری برای بهبود کیفیت زندگی بهتر و از بین بردن موانع روان‌شناختی موجود بر سر راه کنترل بیماری می‌گردد.

نتیجه‌گیری

در این پژوهش برای نخستین بار، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در بهبود بیماران دیابتی در ایران مورد بررسی قرار گرفته است. همخوانی یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات خارج از کشور، اثربخشی این مداخله درمانی بر اختلالات روان‌شناختی و نیز مؤثر بودن آن را در ارتقای کیفیت زندگی و سبک‌های مقابله‌ای نشان می‌دهد. یافته‌های پژوهش حاضر اهمیت و ضرورت ارائه راهکارهایی برای درمان و پیشگیری از بیماری‌های مزمن در ایران را، با توجه به اینکه گروه بزرگ و حساسی را تشکیل می‌دهند، نشان می‌دهد. پژوهشگران امیدوارند که نتایج حاصل از این مطالعه بتواند در توجه و ارائه راهکارهایی در این حوزه مفید واقع گردد. البته برای تأیید اثربخشی این درمان در ایران با توجه به تنوع فرهنگی، قومی، زبانی و همچنین، تنوع خرده فرهنگ‌ها، به مطالعات بیشتر و مقایسه‌ای در دیگر نقاط کشور نیاز است. از سوی دیگر، جامعه در حال توسعه ما در گذار از سنت به مدرنیته و آشفتگی‌های خاص مرتبط با این گذار که ممکن است در حوزه‌های متعدد سیاسی، فرهنگی، اجتماعی، مذهبی و مانند آن نمایان گردد، مشکلاتی دارد که حداقل در کوتاه‌مدت قابل حل نیستند. در این شرایط خاص، درمان ACT و نگرش منبعث از آن می‌تواند با تشخیص و شناسایی عناصر قابل تغییر و غیرقابل تغییر فردی و محیطی، انرژی افراد را بر امور سازنده تر متمرکز ساخته و از اتلاف انرژی و سرمایه

درمانی بوده است. نتایج پژوهش ون‌سون^۱ و همکاران (۲۰۰۸) نیز نشان داد که بیماران مبتلا به دیابت در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بعد از گذراندن دوره کامل درمان با روش درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، بهبود چشمگیری در کلیه مقیاس‌های پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF36) داشته‌اند. در این درمان برخلاف بسیاری از شیوه‌های درمانی دیگر، هیچ‌گونه ارزش یا سبک خاص زندگی به مراجع (بیمار) تحمیل نمی‌شود. در عوض مراجعان براساس نظام ارزش‌های خود به تصمیم‌گیری درباره تغییر می‌پردازند. برای مثال، وقتی که برای یک مراجع به خصوص، مسأله آبرو و حرف مردم مهم و ارزشمند است، درمانگر مانند آنچه که در برخی از شیوه‌های درمانی مرسوم است، به غیرمنطقی بودن آن حمله نمی‌کند و اجازه می‌دهد تا مراجع در راستای فرهنگ، عرف و شرایط زندگی خود، دست به انتخاب‌های بهتری بزند.

فرآیند دیگری که در ACT بر آن تأکید می‌شود و نقش آن در این پروتکل درمانی نیز برجسته بود، تأکید بر عمل متعهدانه است. ترغیب بیماران به روشن کردن ارزش‌ها، تعیین اهداف، پیش‌بینی موانع و نهایتاً تعهد به انجام اعمالی در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در جهت ارزش‌ها، علی‌رغم وجود بیماری باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن که بر ارتقا و بهبود کیفیت زندگی بیمار می‌افزاید، او را از گیر افتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی رهایی بخشد (۲۰). به‌طور کلی اثربخشی درمان ACT در بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی براساس اصولی چون؛ ماندن در زمان حال، مشاهده گری بدون قضاوت، پذیرش و بالا بردن آگاهی از تجربه و ایجاد واکنش سازگارانه قابل توجیه است. آموزش مشاهده افکار و هیجانات آشفته ساز بدون قضاوت و پذیرا بودن به‌جای اجتناب یا اشتغال ذهنی به آن‌ها منجر به بالا رفتن

¹ Van Son

ACT بر بهبود بیماران دیابتی II، این درمان به عنوان شیوه روان درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی در جهت کاهش علائم روان‌شناختی و ارتقای کیفیت زندگی و سبک‌های مقابله‌ای کارآمد در بیماران دیابتی به کار گرفته شود. همچنین، استفاده از این روش درمانی در درمان اختلالات روان‌شناختی سایر بیماران مزمن و سایر اختلالات بالینی بر دیگر گروه‌های سنی و فرهنگی پیشنهاد و مقایسه آن با درمان دارویی چه به صورت فردی و چه گروهی پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از زحمات یکایک عزیزان شرکت‌کننده در این پژوهش، خانواده‌های محترم آنان و همچنین، پرسنل زحمت‌کش بیمارستان آیت‌الله طالقانی کرمانشاه که در انجام این پژوهش یاری رساندند، صمیمانه تشکر و سپاسگزاری می‌نمایند.

زندگی افراد و جامعه جلوگیری نماید. در این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌هایی که در حوزه علوم رفتاری و روان‌شناسی صورت می‌گیرند، محدودیت‌هایی وجود داشت. از جمله اینکه، برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شد. با توجه به اینکه پرسش‌نامه جنبه خود گزارش‌دهی دارد و بیماران با تمایل خود به پرسش‌نامه پاسخ می‌دهند، ممکن است در پاسخ‌هایشان به دلیل دفاع‌های ناخودآگاه، تعصب در پاسخ‌دهی و شیوه‌های معرفی شخصی سوگیری و تحریف وجود داشته باشد. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش، عدم امکان انجام پیگیری بود. همچنین، به دلیل تک جنسی بودن آزمودنی‌های این پژوهش در تعمیم یافته‌ها به مردان، و دیگر فرهنگ‌ها و مقاطع سنی باید جانب احتیاط را رعایت نمود. انتخاب نمونه پژوهش با روش نمونه‌گیری هدفمند نیز اجرای پژوهش را با اندکی مشکل رو ساخت. بنابراین، پیشنهاد می‌گردد با توجه به اثربخش بودن درمان گروهی مبتنی بر

References

- 1- Egede LE & Dismuke CE. Serious psychological distress and diabetes: A review of the literature. *Curr Psychiatry Rep*, 2012; 14(1):15-22.
- 2- Jones L, Crabb S, Turnbull D & Oxlad M. Barriers and facilitators to effective type 2 diabetes management in a rural context: A qualitative study with diabetic patients and health professionals. *J Health Psychol*, 2014; 19(3):441-53.
- 3- Hakimi S, Simbar M, Ramazani & Tehrani F. Perceived concerns of azeri menopausal women in iran. *Iran Red Crescent Med J*, 2014; 16(5):1-17.
- 4- Mansoori F, Namdari Tabar H, Shahrezaei AR, Rezaei R, Alikhani A, Montazer MJ & et al. Diabetes mellitus in over-thirty-year old individuals in kermanshah province, 2002. *J Kermanshah University of Medical Sciences*, 2003; 21(8):57-64. [Persian]
- 5- Ghazi A, Landerman LR, Lien LF & Colon-Emeric CS. Impact of race on the incidence of hypoglycemia in hospitalized older adults with type 2 diabetes. *Clinical Diabetes*, 2013; 31(2):66-72.
- 6- Arigo D, Smyth JM, Haggerty K & Raggio GA. The social context of the relationship between glycemic control and depressive symptoms in type 2 diabetes. *Chronic Illness*, 2014; 9(4):129-42.
- 7- Das-Munshi J, Stewart R, Ismail K, Bebbington PE, Jenkins R & Prince MJ. Diabetes, common mental disorders, and disability: findings from the uk national psychiatric morbidity survey. *Psychosom Med*, 2007; 69(6):543-50.
- 8- Schmitz N, Gariépy G, Smith KJ, Clyde M, Malla A, Boyer R & et al. Recurrent subthreshold depression in type 2 diabetes: an important risk factor for poor health outcomes. *Diabetes Care*, 2014; 37(4):970-78.
- 9- Al-Akour N, Khader YS & Shatnawi NJ. Quality of life and associated factors among jordanian adolescents with type I diabetes mellitus. *J Diabetes Complications*, 2010; 24(1):43-47.

- 10- Roshanfar A, Padash Z, Mokhtari S & Izadikhah Z. The effectiveness of psychotherapy training based on Frisch's theory on the quality of life of clients in Isfahan. *J Health Syst Res*, 2014; 2046-55.[Persian]
- 11- Shanmugasegaram S, Flett GL, Madan M, Oh P, Marzolini S, Reitav J & et al. Perfectionism, type depersonality, and illness-related coping styles in cardiac rehabilitation patients. *J Health Psychol*, 2014; 19(3):417-26.
- 12- Dehghani S, Izadikhah Z, Mohammadtaghi Nasab M & Rezaei E. The path analysis of early maladaptive schemas, coping strategies and mental quality of life. *J Res Behave Sci*, 2014; 12(1):1-8.
- 13- Graham CD, Weinman J, Sadjadi R, Chalder T, Petty R, Hanna MG & et al. A multicentre postal survey investigating the contribution of illness perceptions, coping and optimism to quality of life and mood in adults with muscle disease. *Clin Rehabil*, 2014; 28(5):508-19.
- 14- Da Rocha NS, Schuch FB & De Almeida Fleck MP. Gender differences in perception of quality of life in adults with and without chronic health conditions: The role of depressive symptoms. *J Health Psychol*, 2013; 19(6):721-29.
- 15- Hermanns N, Kulzer B, Krichbaum M, Kubiak T & Haak T. Affective and anxiety disorders in a German sample of diabetic patients: prevalence, comorbidity and risk factors. *Diabet Med*, 2005; 22(3):293-300.
- 16- Serlachius A, Northam E, Frydenberg E & Cameron F. Adapting a generic coping skills programme for adolescents with type 1 diabetes: A qualitative study. *J Health Psychol*, 2012; 17(3):313-23.
- 17- Pouwer F, Geelhoed-Duijvestijn PH, Tack CJ, Bazelmans E, Beekman AJ, Heine RJ & et al. Prevalence of comorbid depression is high in outpatients with Type 1 or Type 2 diabetes mellitus. Results from three out-patient clinics in the Netherlands. *Diabetic Med*, 2010; 27(2):217-24.
- 18- Gili M, Comas A, García-García M, Monzón S, Antoni SB & Roca M. Comorbidity between common mental disorders and chronic somatic diseases in primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry*, 2010; 32(3):240-45.
- 19- Luyckx K, Seiffge-Krenke I, Schwartz SJ, Goossens L, Weets I, Hendrieckx C & et al. Identity development, coping, and adjustment in emerging adults with a chronic illness: the sample case of type 1 diabetes. *J Adolesc Health*, 2008; 43(2):451-58.
- 20- Anvari MH. The Effectiveness of group-based acceptance and commitment therapy on pain index, stress, anxiety, depression, catastrophizing & life satisfaction in patients with chronic pain. M.A. Thesis in clinical psychology. University of Isfahan, Faculty of Educational Sciences & Psychology, Department of Psychology, 2013.
- 21- Hayes SC, Pistorello J & Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 2012; 40(7):976-1002.
- 22- Thomas N, Shawyer F, Castle DJ, Copolov D, Hayes SC & Farhall J. A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy (ACT) for psychosis: study protocol. *BMC Psychiatry*. 2014; 14:198.
- 23- A-Tjak JG, Davis ML, Morina N, Powers MB, Smits JA & Emmelkamp PM. A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychother Psychosom*. 2015; 84(1):30-6.
- 24- Graham CD, Gillanders D, Stuart S & Gouick J. An acceptance and commitment therapy (ACT) based intervention for an adult experiencing post-stroke anxiety and medically unexplained symptoms. *Clinical Case Studies*, 2014; 13(3):230-48.
- 25- Wicksell RK, Olsson GL & Hayes SC. Mediators of change in acceptance and commitment therapy for pediatric chronic pain. *Pain*. 2011; 152(12):2792-801.
- 26- Hoseini SM, Rezaei AM & Azadi MM. Effectiveness of acceptance and commitment Group therapy on the self-management of Type 2 diabetes patients. *Journal of Clinical Psychology*, 2014; 5:55-64.
- 27- Hulbert-Williams NJ, Storey L & Wilson KG. Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of acceptance and commitment therapy. *Eur J Cancer Care*, 2015; 24(1):15-27.

- 28- Arab-Sheibani k, Alipor A, Poursharifi H & ZareH. The impact of mindfulness-based cognitivetherapy (MBCT) on mental and physical well-being indicators in patients with type 2 diabetes. *ZahedanJ Res MedSci*, 2014; 16(10):19-23.
- 29- White CA. *Cognitive behavior therapy for chronic medical problems (A guide to assessment and treatment in practice)*. Translated by; Moloodi R, et al. Tehran: Arjmand Publication Company. 2012:17-40.[Persian]
- 30- Cascarilla EA. *Chronic pain- related distress and disability: An of empirical in vestigation of a modern behavioral theroey of acceptance of chronic pain*. doctrol dissertation, the graduate faculty of the university of akron, 2009; 55-71.
- 31- Mesgarian F, Asghari-Moghaddam M & Shairi M. The role of self-efficacy in predicting catastrophic depression in patients with chronic pain. *JCP*, 2013; 4(4):74-83.
- 32- Thorpe CT, Fahey LE, Johnson H, Deshpande M, Thorpe JM & Fisher EB. Facilitatng healthy coping in patients with diabetes: A systematic review. *Diabetes Educ*, 2013; 39(1):33-52.
- 33- Caldwell JM & Patterson-Kane L. The treatment of comorbid anxiety in a male with poorly controlled diabetes in a very remote primary health care service. *Clinical Case Studies*, 2014; 13(3):250-64.
- 34- Chapman LK & DeLapp RCT. Nine session treatment of a blood-injection-injury phobia with manualized cognitive behavioral therapy: An adult case example. *Clinical Case Studies*, 2014; 13(4):299-312.
- 35- Dindo L, Recober A, Marchman JN, Turvey C & O'Hara MW. One-day behavioral treatment for patients with comorbid depression and migraine: a pilot study. *Behav Res Ther*, 2012; 50(9): 537-43.
- 36- Burrows CJ. Acceptance and commitment therapy with survivors of adult sexual assault: A case study. *Clinical Case Studies*, 2013; 12(3):246-59.
- 37- Goodwin CL, Forman EM, Herbert JD, Butryn ML & Ledley GS. A pilot study examining the initial effectiveness of a brief acceptance-based behavior therapy for modifying diet and physical activity among cardiac patients. *Behav Modif*, 2012; 36(2):199-217.
- 38- Dyke ML, Cuffee YL, Halanych JH, McManus RH, Curtin C & Allison JJ. The relationship between coping styles in response to unfair treatment and understanding of diabetes self-care. *Diabetes Educ*, 2013; 39(6):848-55.
- 39- Sperry S, Knox B, Edwards D, Friedman A, Rodriguez M, Kaly P & et al. Cultivating healthy eating, exercise, and relaxation (CHEER): a case study of a family-centered and mindfulness-based cognitive-behavioral intervention for obese adolescents at risk for diabetes and cardiovascular disease. *Clinical Case Studies*, 2014; 13(3):218-30.
- 40- Van Son J, Nykllcek I, Pop VJ, Blonk MC, Erdtsieck RJ, Spooren PF & et al. The effects of a mindfulness-based intervention on emotional distress, quality of life, and HbA (1c) in outpatients with diabetes (DiaMind): a randomized controlledtrial. *DiabetesCare*, 2013; 36(4):823-30.