



Acceptance and Commitment Based Therapy on Disease Perception and Psychological Capital in Patients with Type II Diabetes

ARTICLE INFO

Article Type

Original Research

Authors

Baghban Baghestan A.¹ MA,
Aerab Sheibani Kh.* PhD,
Javedani Masrur M.² PhD

How to cite this article

Baghban Baghestan A, Aerab Sheibani Kh, Javedani Masrur M. Acceptance and Commitment Based Therapy on Disease Perception and Psychological Capital in Patients with Type II Diabetes. *Horizon of Medical Sciences*. 2017;23(2):135-140.

*Psychology Department, Humanities Faculty, Payam-e-Noor University, Tehran, Iran

¹Psychology Department, Humanities Faculty, Payam-e-Noor University, Tehran, Iran

²Obstetrics & Gynecology Department, Medicine Faculty, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Correspondence

Address: Humanities Faculty, Payam-E-Noor University, Alghadir Square, Ferdows City, South Khorasan, Iran. Postal Code: 9771853144

Phone: +98 (56) 32721800

Fax: +98 (56) 32727999

shakiba_a_shaibani@yahoo.com

Article History

Received: May 19, 2016

Accepted: December 20, 2016

ePublished: March 25, 2017

ABSTRACT

Aims As a prevalent metabolic disease, diabetes can be followed by severe mental outcomes leading to problems affecting the daily life. The aim of the study was to determine the effects of acceptance and commitment-based intervention on illness perception and psychological capital in persons with type II diabetes.

Materials & Methods In the controlled pretest-posttest semi-experimental study, 34 patients with type II diabetes were studied in the Diabetes Clinic of Chamran Hospital of Ferdows City in 2015. The subjects, selected via available sampling method, were randomly divided into two groups including control (n=17 persons) and experimental (n=17 persons) groups. Data was collected by short illness perception questionnaire (IPQ) and Luthans' psychological capital questionnaire (PCQ). Eight 60-minute acceptance and commitment-based intervention sessions were weekly conducted in experimental group. Data was analyzed by SPSS 18 software using descriptive statistics and covariance analysis test.

Findings The pretest score having been adjusted, the acceptance and commitment-based intervention significantly increases the scores of illness perception and its sub-scales (p=0.0001) except the personal control sub-scale. In addition, it significantly increases the scores of the psychological capital and its sub-scales (p=0.0001) in patients with type II diabetes.

Conclusion The acceptance and commitment-based intervention can considerably improve the illness perception and the psychological capital in persons with type II diabetes.

Keywords Intervention; Acceptance and Commitment Therapy; Diabetes Melitus, Type II

CITATION LINKS

[1] Promotion of psychological capital model in diabetic patient ... [2] Costeffectiveness of a stepped-care intervention to prevent ... [3] Comparing effects of walking and yoga exercise on quality ... [4] Role of yoga in preventing and controlling type 2 diabetes ... [5] Prevalence of type 2 diabetes mellitus in Iran and its relationship with gender, urbanisation, education ... [6] The influence of yoga-based programs on risk profiles in adults ... [7] Health related quality of life in ... [8] The present status of diabetes education and the role recognition as a diabetes ... [9] The Relationship between illness perception and ... [10] Illness perception in patients ... [11] A review of psychological correlates of adjustment ... [12] The mediating effects of coping strategies in the relationship ... [13] Patient illness perceptions and coping ... [14] The need for and meaning of positive ... [15] The world of ... [16] Relationship of core self-evaluations to goal ... [17] Relationship of core self-evaluations traits –self-esteem ... [18] Relationships between psychological ... [19] Improving mental health status and coping abilities ... [20] Organisational ... [21] Sleep deprivation reduces perceived emotional ... [22] The effectiveness of acceptance and ... [23] Acceptance and commitment therapy ... [24] Meta-analysis of psychological interventions for chronic ... [25] Systematic review and meta ... [26] The role of mindfulness and psychological ... [27] Acceptance and values-based action ... [28] Can exposure strategies ... [29] "Giving It Space" a case study ... [30] The effectiveness of an acceptance and commitment ... [31] The effectiveness of acceptance and commitment ... [32] Quantitative and qualitative research methods ... [33] The brief illness perception ... [34] The Moderating Role of Coping Strategies in Relationship ... [35] Positive psychological capital: Measurement and relationship ... [36] Role of psychological capital in psychological wellbeing by considering ... [37] Acceptance and commitment ... [38] The effects of acceptance versus control ... [39] Guerrero LF. DBT, FAP and ACT: How empirically oriented are the new behavior ...

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به ادراک بیماری و سرمایه روان‌شناختی در افراد مبتلا به دیابت نوع دو

آسبه باغبان باغستان MA

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

خدیجه اعراب شیبانی PhD*

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

مژگان جاودانی مسرور PhD

گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

چکیده

اهداف: دیابت به‌عنوان یک بیماری متابولیک شایع می‌تواند پیامدهای روانی مهمی به‌دنبال داشته باشد و باعث مشکلاتی در زندگی روزمره شود. لذا استفاده از روش‌های درمانی برای کمک به افراد مبتلا به این بیماری امری ضروری است. هدف این پژوهش، تعیین تاثیر مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری و سرمایه روان‌شناختی افراد مبتلا به دیابت نوع دو بود.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل در سال ۱۳۹۴، تعداد ۳۴ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو در کلینیک تخصصی دیابت بیمارستان شهید دکتر مصطفی چمران شهر فردوس به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به‌صورت تصادفی به دو گروه کنترل (۱۷ نفر) و آزمایش (۱۷ نفر) تقسیم شدند. ابزار پژوهش پرسش‌نامه کوتاه ادراک بیماری و پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی/توانر بود. مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی برای گروه آزمایش به‌اجرا درآمد. داده‌ها به‌کمک نرم‌افزار SPSS 18 و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود معنی‌دار نمرات ادراک بیماری و کلیه زیرمقیاس‌های آن ($P=0/001$) به‌جز زیرمقیاس کنترل شخصی و همچنین افزایش معنی‌دار نمرات سرمایه روان‌شناختی و زیرمقیاس‌های آن ($P=0/001$) در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون شد.

نتیجه‌گیری: مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند ادراک بیماری و سرمایه روان‌شناختی افراد مبتلا به دیابت نوع دو را به‌طور قابل ملاحظه‌ای بهبود بخشد. **کلیدواژه‌ها:** مداخله، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، دیابت نوع دو

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۲/۳۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۹/۳۰

*نویسنده مسئول: shakiba_a_shaibani@yahoo.com

مقدمه

دیابت یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن است که جریان منظم زندگی را مختل می‌کند و می‌تواند پیامدهای روانی مهمی به‌دنبال داشته باشد^[1]. به‌عبارت دیگر، دیابت قندی یک بیماری متابولیک، ناشی از نقص در تولید یا پاسخ به انسولین است که به دو نوع یک و دو تقسیم می‌شود^[2]. برخی مطالعات نشان می‌دهند که شیوع دیابت نوع دو به‌دلیل افزایش چاقی و کاهش فعالیت بدنی به‌سرعت در حال افزایش است^[3,4] و هم‌اکنون بیش از ۳۱۱ میلیون نفر در جهان مبتلا به دیابت هستند که در سال ۲۰۳۰ به ۴۷۰ میلیون نفر خواهند رسید^[5]. شیوع دیابت نوع دو در آسیا از ۱۲٪ به ۱۴/۶٪، در خاور میانه از ۴/۶٪ به ۴۰٪ و در ایران از ۱۳٪ به ۱۴/۷٪ در سال ۲۰۰۹ رسیده است^[6]. همچنین دیابت می‌تواند بر عملکرد فیزیکی و جسمی، توسعه عوارض بیماری، وضعیت روحی و روانی، ارتباطات فردی، خانوادگی و اجتماعی، عملکرد جنسی و درک از سلامتی تاثیرگذار باشد^[7]. از این رو افراد مبتلا به دیابت، برای کنترل دیابت ملزم به تغییرات اساسی در زندگی خود هستند^[8].

از سوی دیگر، شناخت بیماران از بیماریشان تحت عنوان ادراک بیماری یا بازنمایی شناختی بیماری توسط فرد بیمار و بر پایه جذب اطلاعات از منابع مختلف و باورهای بیمار شکل می‌گیرد. این عامل می‌تواند سلامت روانی و توانایی فرد در تطابق با بیماری را تحت تاثیر قرار دهد^[9].

فرا تحلیل مطالعات انجام‌شده در دامنه‌ای از بیماری‌ها (بیماری‌های حاد و بیماری‌های مزمن مانند مولتیپل اسکلروزیس، هانتینگتون و دیابت)، مبانی نظری را تایید می‌کند^[10-12]. همچنین تحقیقات در ارتباط با بیماری‌های مزمن دیگر نشان می‌دهند که پیامدهای روان‌شناختی و پزشکی تحت تاثیر باورهای بیماران در مورد علایم، علت، اثرات و پیامدها، طول مدت، کنترل یا درمان بیماریشان همراه با سبک‌های مقابله‌ای آنها است^[13]. در زمینه سرمایه روان‌شناختی می‌توان ادعان داشت از نظر *لوتانر*، سرمایه روان‌شناختی، سازه‌ای ترکیبی و به‌هم‌پیوسته است که چهار مولفه ادراکی - شناختی یعنی امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری را در بر دارد^[14]. این مولفه‌ها در یک فرآیند تعاملی و ارزش‌یابانه، به زندگی فرد معنی بخشیده^[15] و تلاش فرد برای تغییر موقعیت‌های فشارزا را تداوم داده^[16]، او را برای ورود به صحنه عمل آماده نموده^[17] و مقاومت و سرسختی وی در تحقق اهداف را تضمین می‌کند^[18]. از این رو کرب و همکاران ادعان نمودند که این چهار منبع در یک نظام به‌هم‌پیوسته به تقویت یکدیگر و شکل‌دهی سپری مقاوم در برابر فشارها عمل می‌کنند^[19]. از این رو، بر اثرات ضربه‌گیر این منابع در موقعیت‌های پرتنش تاکید شده است^[20]. یافته‌های مطالعات نشان می‌دهد که خودکارآمدی با هوش هیجانی و عملکرد بهتر در زمینه‌های خودتنظیمی، ابراز وجود، استقلال، همدردی با دیگران، کنترل و خوش‌بینی رابطه دارد^[21-15].

امروزه با نسل سوم این نوع درمان‌ها مواجه هستیم که آنها را می‌توان تحت عنوان کلی مدل‌های مبتنی بر پذیرش نامید؛ مانند درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. در این درمان‌ها به‌جای تغییر شناخت‌ها، سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد^[22]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ریشه در یک نظریه فلسفی به‌نام زمینه‌گرایی عملکردی دارد و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شش فرآیند مرکزی دارد که به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر می‌شوند. این شش فرآیند عبارتند از: پذیرش، گسلس شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به‌عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهد^[23]. *هافمن* و همکاران نیز دریافتند رویکردهای درمانی چندگانه که یکی از مولفه‌های آنان مبتنی بر مداخلات روان‌شناختی بوده است، به‌مراتب اثرات کوتاه‌مدت و بلندمدت بیشتری بر درد و بهبود کارکرد روزانه و شغلی افراد دارد^[24]. ویهوف و همکاران با بررسی مداخلات مبتنی بر پذیرش مانند پذیرش و تعهد درمانی در بیماران مبتلا به درد مزمن مشاهده کردند که اثربخشی رویکردهای نوین نام‌برده با اینکه از رویکرد شناختی- رفتاری اثربخش‌تر نیستند، اما از اثربخشی قابل قبولی برخوردارند و می‌توانند به‌عنوان درمان‌های جایگزین مطرح شوند^[25].

همچنین بین ذهن‌آگاهی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، جسمانی‌سازی، افسردگی، اضطراب و پریشانی روان‌شناختی کلی رابطه منفی معنی‌دار وجود دارد^[26]. همچنین مشخص شده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود فاجعه‌آفرینی و ناتوانی

سئوال‌ات مختلف، از ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش شده است. *بزرگ‌ترین* و *بشارت* در پژوهش خود، پایایی این پرسش‌نامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۵۳ گزارش کردند^[34]. *باردنبت* و همکاران، این پرسش‌نامه را با فرم تجدیدنظرشده پرسش‌نامه ادراک از بیماری روی گروهی از بیماران مبتلا به آسم، دیابت و بیماران کلیوی همبسته کردند. نتایج روایی همزمان، نشان‌دهنده همبستگی همه مولفه‌های پرسش‌نامه به‌جز مولفه کنترل شخصی، از ۰/۳۲ تا ۰/۶۴ بود. بنابراین برای بررسی مولفه کنترل شخصی از مقیاس خودکارآمدی استفاده شد. همبستگی نمرات مولفه مذکور با مقیاس خودکارآمدی خاص بیماران مبتلا به دیابت ۰/۶۰ تا ۰/۶۷ و با خودکارآمدی بیماران مبتلا به آسم ۰/۴۷ تا ۰/۵۳ به‌دست آمد. روایی افتراقی از طریق محاسبه نمره‌های بیماران مبتلا به دیابت، آسم، درد قفسه سینه و سرماخوردگی محاسبه شد و مورد تایید قرار گرفت^[33].

برای سنجش سرمایه روان‌شناختی از پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی *لوتانز* استفاده شد. این پرسش‌نامه شامل ۲۴ سؤال و چهار خرده‌مقیاس امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی است که هر خرده‌مقیاس شامل ۶ گویه است و آزمودنی به هر گویه در مقیاس شش‌درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) پاسخ می‌دهد. برای به‌دست‌آوردن نمره سرمایه روان‌شناختی ابتدا نمره هر خرده‌مقیاس به‌صورت جداگانه به‌دست آمد و سپس مجموع آنها به‌عنوان نمره کل سرمایه روان‌شناختی محسوب شد. نسبت مجذور کای این آزمون برابر با ۲۴/۶ است و آماره‌های CFI (شاخص برازش تطبیقی) و RMSEA (شاخص ریشه میانگین مجذور خطای تقریب) در این مدل به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۰۸ هستند^[35]. همچنین میزان پایایی این پرسش‌نامه براساس ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش هاشمی و همکاران ۰/۸۵ به‌دست آمد^[36].

جدول ۱) خلاصه محتوای جلسات آموزشی

جلسات ۱ و ۲
رابطه‌درمانی: استعاره دو کوه، اجرای پیش‌آزمون، آموزش در خصوص درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اهداف آن.
جلسات ۳ و ۴
درماندگی خلاق: بررسی راهبردهای کنترل خاصی که فرد تاکنون استفاده کرده است. بررسی هزینه‌ها و خساراتی که این راهبرد در زندگی فرد داشته‌اند، استعاره شخص در چاه، آموزش مراجع در خصوص اینکه چگونه با استفاده از تمرینات ذهن‌آگاهی یاد بگیرد که به‌جای واکنش به اضطراب آن را مشاهده کند.
جلسات ۵ و ۶
پذیرش و زندگی طبق ارزش‌ها، تمرکز بر کنترل به‌عنوان راهبردی بی‌فایده در برخورد با اضطراب، افسردگی، خشم، استعاره طناب‌کشی با هیولا، حرکت به‌سمت یک زندگی ارزشمند با یک خود‌پذیرا و مشاهده‌گر، استعاره صفحه شطرنج.
جلسات ۷ و ۸
ایجاد الگوهای منعطف رفتار از طریق مواجهه ارزش‌محور، تمایل به‌جای اجتناب، استعاره مسافران در اتوبوس. در دو جلسه آخر به بیمار کمک شد که از طریق ذهن‌آگاهی، ارزش‌ها و تعهد (مشارکت در فعالیت‌های ارزش‌محور)، چگونه با نگرداشتن خود در زمان حال، افکار و هیجانات نامطبوع را بپذیرد و به‌طور عینی توصیف کند.

در ابتدا بیماران پس از تماس درمانگر به کلینیک مراجعه کرده و پرسش‌نامه‌های ادراک بیماری و سرمایه روان‌شناختی را تحت نظارت درمانگر تکمیل نمودند. همچنین بیماران مورد مطالعه با نوع طرح، اهداف و روش اجرای دوره کاملاً آشنا شدند و سپس فرم

مرتبط با درد، رضایت از زندگی، افسردگی، اضطراب مرتبط با درد، اضطراب سلامتی، وضعیت کاری و عملکرد روان‌شناختی تاثیر معنی‌داری دارد^[27-30]. *ولز* و *مک‌کرکن* در رابطه با اثربخشی پذیرش و تعهددرمانی بر درمان بیماران مبتلا به دردهای مزمن نشان دادند که پس از اجرای طرح درمانی، بیماران در شاخص‌هایی از قبیل میزان تجربه درد، افسردگی، اضطراب و ناتوانی و معلولیت، وضعیت شغلی و عملکرد فیزیکی، بهبود معنی‌داری را نسبت به قبل از اجرای درمان نشان دادند^[27]. *حر* و همکاران در رابطه با نقش پذیرش و تعهددرمانی در کاهش افسردگی بیماران دیابتی نوع دو با بررسی روی ۳۰ بیمار نشان دادند که این روش درمانی در کاهش افسردگی بیماران دیابتی موثر بوده و تاثیر این درمان در دوره پیگیری نیز ماندگار بود^[31].

در اهمیت این پژوهش می‌توان گفت که تعداد افراد مبتلا به دیابت رو به افزایش است و این بیماری مزمن باعث مشکلاتی در زندگی روزمره آنان می‌شود، لذا استفاده از روش‌های درمانی برای کمک به این افراد امری ضروری است. همچنین با توجه به مرور پیشینه، هیچ مطالعه‌ای به بررسی چنین پژوهشی در افراد مبتلا به دیابت نپرداخته است، لذا در این پژوهش تلاش می‌شود این خلا پژوهشی تکمیل شود.

بنابراین هدف این پژوهش، تعیین تاثیر مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری و سرمایه روان‌شناختی افراد مبتلا به دیابت نوع دو بود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش نیمه‌تجربی و به‌لحاظ هدف کاربردی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل، در زمستان سال ۱۳۹۴ در بیمارستان شهید دکتر مصطفی چمران شهرستان فردوس انجام شد. ابتدا بعد از هماهنگی با مدیریت بهداشت شهرستان فردوس و صدور مجوز برای انجام پژوهش، به کلینیک دیابت در شهرستان فردوس ارجاع داده شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود که در کلینیک تخصصی بیمارستان شهید دکتر مصطفی چمران شهر فردوس دارای پرونده بودند. از نظر بورگ و همکاران حجم نمونه در پژوهش تجربی و نیمه‌تجربی در هر گروه به‌تعداد ۱۵ نفر کفایت می‌کند^[32]. بنابراین تعداد ۳۴ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو با دامنه سنی ۴۰ تا ۶۰ سال به‌روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شده و به‌صورت تصادفی به دو گروه کنترل (۱۷ نفر) و آزمایش (۱۷ نفر) تقسیم شدند. ملاک‌های خروج از مطالعه، تریق انسولین و میزان تحصیلات پایین‌تر از سیکل بود. ابزار پژوهش پرسش‌نامه کوتاه ادراک بیماری و پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی *لوتانز* بود. پرسش‌نامه کوتاه ادراک بیماری یک پرسش‌نامه ۹سئوالی است که توسط *باردنبت* و همکاران برای ارزیابی تجسم عاطفی و شناختی بیماری طراحی شده است^[33]. سئوال‌ها به ترتیب پیامدها، طول مدت، کنترل شخصی، کنترل درمان، ماهیت، نگرانی، شناخت بیماری، پاسخ عاطفی و علت بیماری را می‌سنجند. دامنه نمرات ۸ سئوال اول از یک تا ۱۰ است. سئوال ۹ پاسخ‌باز بوده و سه علت عمده ابتلا به دیابت را به ترتیب مورد سئوال قرار می‌دهد. شایان ذکر است که سئوال مربوط به طول مدت بیماری با توجه به ماهیت بیماری دیابت به‌عنوان یک بیماری مزمن، همچنین به‌علت انتخاب گزینه "تا آخر عمر" توسط همه افراد مورد مطالعه و نیز ماده نهم (علت بیماری) به‌دلیل بازپاسخ‌بودن مورد تحلیل قرار نگرفت. آلفای کرونباخ برای این پرسش‌نامه ۰/۸۰ و ضریب پایایی بازآزمایی به‌فاصله ۶ هفته برای

رضایت‌نامه را تکمیل کردند. به داوطلبان اطمینان داده شد که اطلاعات دریافتی از ایشان کاملاً محرمانه خواهد ماند و تاریخ اولین جلسه کلاس اعلام شد.

مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی برای گروه آزمایش به اجرا درآمد^[37] (جدول ۱). در آخرین جلسه گروهی، مجدداً پس از آزمون اجرا شد تا تاثیر متغیر مستقل سنجیده شود.

پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با نرم‌افزار SPSS 18 تجزیه و تحلیل شدند و با استفاده از آمار توصیفی، میانگین و انحراف استاندارد داده‌ها محاسبه شد. برای اطمینان‌یافتن از نرمال بودن توزیع داده‌ها آزمون کولموگروف-اسمیرنوف مورد استفاده قرار گرفت. برای بررسی تاثیر مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای وابسته یعنی ادراک بیماری و سرمایه روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در دو گروه و کنترل تاثیر متغیر پیش‌آزمون، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

جدول ۲) مقایسه میانگین آماری نمرات ادراک بیماری و سرمایه روان‌شناختی و زیرمقیاس‌های آنها در دو گروه در مراحل قبل و بعد از مداخله

متغیرها	گروه آزمایش	گروه کنترل
نمره کل ادراک بیماری		
پیش‌آزمون	۵/۴۷±۰/۰۷	۶/۱۸±۱/۴۷
پس‌آزمون	۴/۷۱±۰/۹۲	۶/۳۵±۱/۵۴
زیرمقیاس پیامد		
پیش‌آزمون	۴/۷۶±۱/۸۵	۴/۶۵±۲/۷۴
پس‌آزمون	۲/۷۶±۱/۶۰	۴/۷۱±۲/۹۷
زیرمقیاس کنترل شخصی		
پیش‌آزمون	۴/۷۶±۱/۸۲	۶/۴۱±۱/۵۸
پس‌آزمون	۵/۵۹±۱/۶۲	۶/۳۵±۱/۹۳
زیرمقیاس کنترل درمان		
پیش‌آزمون	۵/۹۴±۱/۳۰	۶/۷۱±۲/۰۲
پس‌آزمون	۸/۴۷±۱/۴۶	۷/۰۶±۲/۶۶
زیرمقیاس ماهیت		
پیش‌آزمون	۵/۲۹±۲/۲۳	۶/۲۹±۲/۳۶
پس‌آزمون	۴/۰۶±۱/۴۸	۶/۵۳±۲/۹۰
زیرمقیاس نگرانی		
پیش‌آزمون	۵/۶۵±۲/۵۲	۶/۰۰±۳/۱۶
پس‌آزمون	۳/۰۶±۱/۹۸	۶/۰۶±۳/۸۰
زیرمقیاس شناخت بیماری		
پیش‌آزمون	۵/۹۴±۱/۵۲	۶/۲۹±۱/۷۲
پس‌آزمون	۷/۶۵±۱/۳۷	۶/۴۱±۱/۹۱
زیرمقیاس پاسخ عاطفی		
پیش‌آزمون	۵/۵۹±۲/۴۲	۵/۹۴±۲/۹۰
پس‌آزمون	۲/۸۲±۱/۸۸	۵/۶۵±۲/۸۹
نمره کل سرمایه روان‌شناختی		
پیش‌آزمون	۳/۱۸±۰/۵۳	۳/۰۰±۰/۶۱
پس‌آزمون	۴/۵۳±۰/۶۲	۲/۹۴±۰/۸۳
زیرمقیاس خودکارآمدی		
پیش‌آزمون	۳/۰۶±۰/۹۰	۲/۹۴±۰/۷۵
پس‌آزمون	۴/۱۸±۰/۸۸	۲/۸۸±۱/۰۵
زیرمقیاس امیدواری		
پیش‌آزمون	۳/۱۸±۰/۶۰	۳/۵۳±۰/۵۱
پس‌آزمون	۵/۳۵±۰/۶۱	۳/۵۳±۰/۵۱
زیرمقیاس تاب‌آوری		
پیش‌آزمون	۳/۲۴±۰/۸۳	۲/۹۴±۰/۹۰
پس‌آزمون	۴/۶۵±۰/۹۳	۳/۱۲±۰/۹۳
زیرمقیاس خوش‌بینی		
پیش‌آزمون	۳/۱۲±۰/۶۰	۲/۸۸±۰/۹۹
پس‌آزمون	۴/۲۹±۰/۷۷	۳/۰۰±۰/۹۳

یافته‌ها

تاثیر آموزش پذیرش و تعهد درمانی بر بهبود ادراک بیماری و کلیه زیرمقیاس‌های پیامد، کنترل درمان، ماهیت، نگرانی، شناخت و پاسخ عاطفی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون معنی‌دار بود ($p=0/0001$) و میزان این تفاوت یعنی مجذور اتا برابر ۰/۴۷۴ شد، ولی این شیوه درمانی بر بهبود زیرمقیاس کنترل شخصی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو معنی‌دار نبود ($p=0/062$). همچنین تاثیر آموزش پذیرش و تعهد درمانی بر افزایش سرمایه روان‌شناختی و زیرمقیاس‌های آن در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون معنی‌دار بود ($p=0/0001$) که میزان این تفاوت یعنی مجذور اتا برابر ۰/۶۲۵ شد (جدول ۲).

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود ادراک بیماری و سرمایه روان‌شناختی افراد مبتلا به دیابت نوع دو شهر فردوس انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش ادراک بیماری و افزایش سرمایه روان‌شناختی افراد مبتلا به دیابت نوع دو موثر بود. میزان اندازه اثر در هر دو متغیر خوب و نشانه اثربخشی مناسب مداخله درمانی بود. به علاوه، هیچ یک از شرکت‌کنندگان در حین برگزاری جلسات درمان، از شرکت در پژوهش انصراف ندادند و این شیوه درمانی را سودمند یافتند. زیرا برخلاف درمان‌های جسمانی (که بیمار نمی‌تواند آنها را با خود به خانه ببرد) یا درمان‌های پزشکی و دارویی که اغلب پرهزینه و دارای تاثیرات جانبی است، بیمارانی که این شیوه درمانی را دریافت کردند می‌توانستند آن را با خود به خانه برده و به تمرین تکنیک‌های آن بپردازند. در پایان جلسات درمان نیز به آنها آموزش داده شد که چگونه درمانگر خود باشند، به تمرینات مربوطه در زمینه مشکلات جسمانی و روان‌شناختی مرتبط با درد خود ادامه داده و این تکنیک‌ها را به دیگر حوزه‌های زندگی تعمیم دهند.

این نتایج، با نتایج به دست آمده از پژوهش *ولز و مک‌کرکن*^[27] در رابطه با اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی روی درمان بیماران مبتلا به دردهای مزمن و پژوهش *حر و همکاران*^[31] در رابطه با نقش پذیرش و تعهد درمانی در کاهش افسردگی بیماران دیابتی نوع دو هماهنگ است. *ایفرت و هفتر* نیز در پژوهشی اثربخشی این درمان را بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش معنی‌دار اضطراب و افسردگی نشان دادند که با نتایج حاصل از این پژوهش همخوانی دارد^[38]. یافته‌های حاصل از این پژوهش با نتایج پژوهش‌های دیگر^[20, 24] که نقش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و پذیرش را در عملکرد و پریشانی‌های روان‌شناختی افراد مبتلا به دردهای مزمن مورد بررسی قرار داده‌اند، همسو است. تقریباً همه این مطالعات نشان دادند که پذیرش درد می‌تواند شیوه مناسبی برای سازگاری بهتر بیماران با دردهای مزمن و کاهش آشفتگی‌های روان‌شناختی همراه با آن باشد و راهکارهای مناسبی برای کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد مبتلا به درد مزمن ارائه کند.

هدف مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق پذیرش احساسات ناخوشایند غیرقابل اجتناب و پریشان‌کننده مانند اضطراب، پرورش ذهن‌آگاهی و مشخص کردن ارزش‌های شخصی مرتبط با اهداف رفتاری است. نظریه‌پردازانی مانند *ایفرت و هفتر* معتقدند که رویکردهای مبتنی بر پذیرش، به جای تاکید بر کاهش اضطراب،

[Persian]

2- Van Dijk SE, Pols AD, Adriaanse MC, Bosmans JE, Elders PJ, van Marwijk HW, et al. Costeffectiveness of a stepped-care intervention to prevent major depression in patients with type 2 diabetes mellitus and/or coronary heart disease and subthreshold depression: design of a cluster-randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2013;13:128.

3- Azimi H, Yekkeh Fallah L, Ghorbani A. Comparing effects of walking and yoga exercise on quality of life in patients with type 2 diabetes. *Prev Care Nurs Midwifery J*. 2015;5(1):46-58.

4- Sharma M, Knowlton AP. Role of yoga in preventing and controlling type 2 diabetes mellitus. *J Evid Based Complement Altern Med*. 2012;17(2):88-95.

5- Azimi-Nezhad M, Ghayour-Mobarhan M, Parizadeh MR, Safarian M, Esmaili H, Parizadeh SM, et al. Prevalence of type 2 diabetes mellitus in Iran and its relationship with gender, urbanisation, education, marital status and occupation. *Singapore Med J*. 2008;49(7):571-6.

6- Innes KE, Vincent HK. The influence of yoga-based programs on risk profiles in adults with type 2 diabetes mellitus: A systematic review. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2007;4(4):469-86.

7- Graham JE, Stoebner-May DG, Ostir GV, Snih SA, Peek MK, Markides K, et al. Health related quality of life in older Mexican Americans with diabetes: A cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2007;5:39.

8- Lee JR, Kim SA, Yoo JW, Kang YK. The present status of diabetes education and the role recognition as a diabetes educator of nurses in Korea. *Diabetes Res Clin Pract*. 2007;77(Suppl 1):S199-204.

9- Afshar H, Bagherian Sararodi R, Foroozandeh N, Khorramian N, Daghighzadeh H, Marasy MR, et al. The Relationship between illness perception and symptom severity in patients with Irritable bowel syndrome. *J Isfahan Med Sch*. 2011;29(137):526-36. [Persian]

10- van Ittersum MW, van Wilgen CP, Hilberdink WK, Groothoff JW, van der Schans CP. Illness perception inpatients with fibromyalgia. *Patient Educ Couns*. 2009;74(1):53-60.

11- Dennison L, Moss-Morris R, Chalder T. A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clin Psychol Rev*. 2009;29(2):141-53.

12- Clarke D, Goosen T. The mediating effects of coping strategies in the relationship between automatic negative thoughts and depression in a clinical sample of diabetes patients. *Personal Individ Differ*. 2009;46(4):460-4.

13- Scharloo M, Kaptein AA, Weinman J, Bergman W, Vermeer BJ, Rooijmans HG. Patient illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: A 1 year follow up. *Br J Dermatol*. 2000;142(5):899-907.

14- Luthans F. The need for and meaning of positive organizational behavior. *J Organ Behav*. 2002;23(6):695-706.

15- Wood SE, Wood EG. *The world of psychology*. 2nd edition. USA: Allyn and Bacon; 1996.

16- Erez A, Judge TA. Relationship of core self-evaluations to goal setting, motivation, and performance. *J Appl Psychol*. 2001;86(6):1270-9.

17- Judge TA, Bono JE. Relationship of core self-evaluations traits –self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability–with job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *J Appl Psychol*. 2001;86(1):80-92.

تمایل به تجربه آن را پرورش می‌دهند و قرارگرفتن در معرض این احساسات ناخوشایند را از راه مشخص کردن ارزش‌ها و ارتباط دادن با ارزش‌ها و اهداف شخصی تسهیل می‌کنند^[38]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مراجع را تشویق می‌کند تا با خودارزیابی‌های خویش، به‌عنوان افکاری ساده برخورد کند و به فرد آموزش داده می‌شود که ارزیابی‌های منفی از خود را اصلاح نماید. این درمان به‌دنبال تضعیف اجتناب تجربی است و مراجع را تشویق می‌کند تا افکار، احساسات، هیجان‌ها و تکانه‌های خود را به‌طور کامل بپذیرد و اهداف ارزشمندی را برای خود مشخص کند. همچنین آمیختگی شناختی در افراد مبتلا به افسردگی نیز از طریق فرآیند گسلس شناختی و پذیرش، تضعیف می‌شود و بدکارکردی‌های شناختی و دلیل‌تراشی‌ها در آنها کاهش می‌یابد و پیگیری اهداف ارزشمند در زندگی و عمل متعهدانه برای دستیابی به این اهداف منجر به پیشرفت عملکرد و کاهش پریشانی‌های روان‌شناختی در آنها می‌شود^[39].

با وجود اثربخش بودن مداخله درمانی، این پژوهش محدودیت‌هایی نیز داشت. برای نمونه، این پژوهش فاقد مرحله پیگیری بود و مشخص نیست اثرات درمانی تا چه حد در بلندمدت دوام خواهد داشت. همچنین در تعمیم یافته‌های این پژوهش به بیماران با دیگر بیماری‌های مزمن نیز باید احتیاط کرد. لذا پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده، این شیوه درمانی روی دیگر اختلالات جسمانی و روان‌شناختی و دیگر جمعیت‌های بالینی و همچنین دیگر مشکلات روان‌شناختی افراد مبتلا به ناراحتی‌های مزمن انجام شود و به‌منظور تعیین میزان تداوم تأثیرات درمان، آزمون‌های پیگیری بلندمدت نیز به‌عمل آید.

نتیجه‌گیری

مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند ادراک بیماری و سرمایه روان‌شناختی افراد مبتلا به دیابت نوع دو را به‌طور قابل ملاحظه‌ای بهبود بخشد و این امر می‌تواند به بهبود و ارتقای کیفیت زندگی آنها منجر شود.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله نگارندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از کلیه مسئولان بیمارستان شهید دکتر مصطفی چمران شهرستان فردوس و کلیه بیمارانی که با شرکت در این دوره آموزشی امکان انجام تحقیق حاضر را فراهم کردند، تقدیر و تشکر به‌عمل آورند.

تأییدیه اخلاقی: به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، قبل از توزیع پرسش‌نامه‌ها توضیحات مختصری درباره پرسش‌نامه به بیماران داده شد و فرم رضایت‌نامه کتبی از بیماران اخذ شد و به آنها اطمینان خاطر داده شد که پاسخ‌ها محرمانه خواهد ماند.

سهم نویسندگان: آسیه باغبان باغستان (نویسنده اول)، روش‌شناس (۴۰٪)؛ خدیجه اعراب شیبانی (نویسنده دوم) نگارنده مقدمه و بحث (۳۵٪)؛ مژگان جاودانی مسرور (نویسنده سوم) پژوهشگر کمکی (۲۵٪)

تعارض منافع: هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

منابع مالی: این مقاله منبع تأمین مالی نداشته است.

منابع

1- Aerab Sheibani K, Akhondi N, Javedani Masrou M, Riahi madvar M. Promotion of psychological capital model in diabetic patient: an explanation of the role of quality of life. *J Health Psychol*. 2016;5(18):35-51.

- 29- Jourdain RL, Dulin PL. "Giving It Space" a case study examining acceptance and commitment therapy for health anxiety in an older male previously exposed to nuclear testing. *Clin Case Stud.* 2009;8(3):210-25.
- 30- Johnston M, Foster M, Shennan J, Starkey N, Johnson A. The effectiveness of an acceptance and commitment therapy self-help intervention for chronic pain. *Clin J Pain.* 2010;26(5):393-402.
- 31- Hor M, Aghaei A, Abedi A, Attari A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression in patients with type 2 diabetes. *J Res Behav Sci* 2013;11(2):121-8. [Persian]
- 32- Borg W, Gall M, Gall J. Quantitative and qualitative research methods in Psychology. Nasr AR, Areyzi HR, Abolqasemi M, Pakseresht MJ, Kiamanesh AR, Bagheri Kh, et al, translators. Tehran: Samt Publication; 2015.
- 33- Bardbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res.* 2006;60(6):631-7.
- 34- Bazzazian S, Besharat MA, Bahrami Ehsan H, Rajab A. The Moderating Role of Coping Strategies in Relationship Between Illness Perception, Quality of Life and HbA1c in Patients with Type I Diabetes. *Iran J Endocrinol Metab.* 2010;12(3):213-21. [Persian]
- 35- Luthans F, Avolio B, Avey J, Norman S. Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Person Psychol.* 2007;60(3):138-46.
- 36- Hashemi Nosratabad T, Babapour Khairuddin J, Bahadari Khosroshahi J. Role of psychological capital in psychological wellbeing by considering the moderating effects of social capital. *Soc Psychol Res.* 2012;1(4):123-44. [Persian]
- 37- Abedi MR, Izadi R. Acceptance and commitment therapy. 4th edition. Tehran: Jangal Press; 2015. [Persian]
- 38- Eifert GH, Heffner M. The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2003;34(3-4):293-312.
- 39- Hayes SC, Masuda A, Bissett RT, Luoma J, Guerrero LF. DBT, FAP and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies?. *Behav Ther.* 2004;35(1):35-54.
- 18- Parker CP, Baltes BB, Young SA, Huff JW, Altmann RA, Lacost HA, et al. Relationships between psychological climate perceptions and work outcomes: A meta-analytic review. *J Organ Behav.* 2003;24(4):389-416.
- 19- Creed PA, Machin M, Hicks R. Improving mental health status and coping abilities for long-term unemployed youth using cognitive-behavior therapy based training interventions. *J Organ Behav.* 1999;20(6):963-78.
- 20- Robbins S, Waters-Marsh T, Caccioppe R, Millet B. Organisational behaviour. Australia: Pretince Hall; 1994.
- 21- Killgore WD, Kahn-Greene ET, Lipizzi EL, Newman RA, Kamimori GH, Balkin TJ. Sleep deprivation reduces perceived emotional intelligence and constructive thinking skills. *Sleep Med.* 2008;9(5):517-26.
- 22- Rajabi S, Yazdkhasti F. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on anxiety and depression in women with MS who were referred to the MS Association. *J Clin Psychol.* 2014;6(1):29-39. [Persian]
- 23- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Frank WB, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behav Res Ther.* 2006;44(1):1-25.
- 24- Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychol.* 2007;26(1):1-9.
- 25- Uman LS. Systematic review and meta-analysis. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2011;20(1):57-9.
- 26- Masuda A, Tully EC. The role of mindfulness and psychological flexibility insomatization, depression, anxiety, and general psychological distress in a nondinical college sample. *J Evid Based Complement Altern Med.* 2012;17(1):66-71.
- 27- Vowles KE, McCracken LM. Acceptance and values-based action in chronic pain: A study of treatment effectiveness and process. *J Consul Clin Psychol.* 2008;76(3):397-407.
- 28- Wicksell RK, Ahlqvist J, Bring A, Melin L, Olsson GL. Can exposure strategies improve functioning and life satisfaction in people with chronic pain and whiplash-associated disorders (WAD0? a randomized controlled trial. *Cogn Behav Ther.* 2008;37(3):169-82.