

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت) بر بهزیستی روان شناختی و تاب آوری زنان دیابتی نوع ۲

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۹/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۲/۱۰

خلاصه

مقدمه: دیابت یکی از بیماری های مزمن و شایع دوران معاصر است. با توجه به عوارض جسمانی این بیماری می تواند تأثیرات عمیق روانی بر جای بگذارد بنابراین لزوم توجه به عوامل تأثیرگذار و مؤثر بر سلامتی می تواند در بالا بردن سلامت روان بیماران دیابتی مؤثر باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت) بر بهزیستی روان شناختی و تاب آوری زنان دیابتی نوع ۲ صورت پذیرفت.

روش کار: این پژوهش با استفاده از طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل انجام شد. تعداد ۳۰ نفر از بیماران زن مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به بیمارستان های شهرستان الیگودرز در شش ماهه اول ۱۳۹۷ که حائز ملاک های پژوهش بودند، انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. برای گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۱۰ جلسه یک ساعته اجرا شد. هر دو گروه، پیش و پس از درمان، مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف (۱۹۸۹) و تاب آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) را تکمیل کردند. داده ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: یافته های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان بهزیستی روان شناختی و تاب آوری بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مؤثر است.

نتیجه گیری: با توجه به یافته های به دست آمده پیشنهاد می شود به منظور بهبود کیفیت زندگی و سلامت روانی دیابت نوع ۲ از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده شود.

کلمات کلیدی: پذیرش و تعهد، اکت، بهزیستی روان شناختی، تاب آوری، دیابت نوع ۲

سید علی آل یاسین^{۱*}

حسین داوودی^۲

مریم نعمت الهی^۳

^۱ استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمین، خمین، ایران.
(نویسنده مسئول).

^۲ استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمین، خمین، ایران.

^۳ کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی و احد خمین.

مقدمه

بیماری های مزمن و یا به تعبیر سازمان جهانی بهداشت بیماری های غیر واگیر از شخصی به شخص دیگری انتقال نمی یابند. یک نوع اصلی این بیماری ها دیابت^۱ است (۱). دیابت شایع ترین بیماری مزمن متابولیک است؛ که از طریق ناهنجاری در سوخ توساز کربوهیدرات، پروتئین و چربی توصیف می شود (۲).

فشار روانی ناشی از دیابت علاوه بر اثرات جسمانی، دارای عوارض روانی نامطلوبی است که درمان و کنترل دیابت را دشوار می سازد (۳). بر اساس پژوهش های انجام یافته بیشتر مسائل روان شناختی 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 می باشد (۴). تبعات منفی دیابت عمدتاً ناشی از مهارتهای خود مراقبتی ضعیف است، لذا کیفیت انطباق فرد مبتلا و تبعیت او از یک سبک زندگی ساختارمند را می طلبد. بطور کلی افراد مبتلا به بیماری های مزمن میبایست مهارت های تطابقی را یاد گرفته و آنها را در روبرو شدن با چالش های روزانه بکار گیرند (۵). تاب آوری^۲ مفهومی مهم در فهم فرآیند انطباق و یادگیری روش های سازگاری در مبتلایان به بیماری های مزمن است (۶). تاب آوری توانایی و مهارت فرد در انطباق مثبت با استرس و یا شرایطی سخت همچون ابتلای به یک بیماری مزمن است. (۷). تاب آوری خصیصه ای است که میتواند نگرش مبتلایان به دیابت را نسبت به اتخاذ یک سبک زندگی سالم تر بهبود بخشیده و فرآیند انتقال و سازگاری را در این افراد تسهیل کند (۸).

شواهد نشان می دهند که در دامنه وسیعی از بیماری (بیماری های حاد و بیماری های مزمن مانند مالتیپل اسکلروزیس، هانتینگتون و دیابت)، نگرش فرد نسبت به ماهیت بیماری،

پیامدها، کنترل، طول مدت و علت بیماری در تعیین رفتارهای سالم و بهزیستی روان شناختی^۳ موثر است (۹). بهزیستی روان شناختی به عنوان یک سازه چند بعدی شامل عناصر شناختی و هیجانی می باشد. افراد با احساس بهزیستی بالاتر، به طور عمده هیجان های مثبت را تجربه می نمایند و نیز از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند، در حالی که گروه مقابل بیشتر هیجان های منفی نظیر افسردگی، اضطراب و خشم را تجربه می کنند (۱۰).

از آنجا که فشار روانی حاصل از بیماری دیابت که متوجه بیماران است زیاد است بکار بردن مداخلات روانی اجتماعی ضروری است و به کار بردن این مداخله به شکل گروهی بهتر و مقرون به صرفه تر است (۱۱). در بیماران مزمن نسبت به بیمارانی که مشکلات حاد جسمی دارند کاربرد مداخلات روانی اجتماعی معمولتر و دارای پیشینه بیشتری است. بررسی پژوهش ها نشان می دهد که اجتناب از بیماری در مبتلایان به دیابت بسیار زیاد است. این اصل منطبق بر اصول اولیه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای دیابت است که مشکل اصلی عمل نکردن به اعمال خودمراقبتی را اجتناب تجربی^۴ می داند (۱۲). در واقع، مداخلات در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای دیابت با هدف کاهش و کنترل اختلالات مرتبط با دیابت که چالش هایی هیجانی ایجاد می کنند و نیز برای بهبودی و ارتقای مهارت های مقابله ای و کیفیت زندگی انجام می شود. این نوع از روان درمانی احتمالاً تغییرات واقع بینانه ای در رابطه با دیابت ایجاد می کند (۱۳).

بهزیستی روان شناختی^۵ به عنوان یک سازه چند بعدی شامل عناصر شناختی و هیجانی می باشد. افراد با احساس بهزیستی بالاتر، به طور عمده هیجان های مثبت را تجربه می نمایند و نیز از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند، در حالی که گروه مقابل بیشتر هیجان های منفی نظیر افسردگی،

³ . Psychological well-being

⁴ . Experiential avoidance

⁵ . Psychological Well-Being

1. Diabetes

2 Resiliency

اضطراب و خشم را تجربه می کنند (۱۰). یکی از مهمترین مدل هایی که بهزیستی روان شناختی را مفهوم سازی کرده الگوی ریف^۱ است. ریف بهزیستی روان شناختی را "تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی های بالقوه ی واقعی فرد" می داند. در این دیدگاه بهزیستی به معنای تلاش برای استعلا و ارتقا است که در تحقق استعدادها و توانایی های فرد متجلی می شود (۱۴).

ریف و همکاران (۱۹۲۶) شش الگوی بهزیستی روان شناختی یا بهداشت روانی مثبت را ارائه کردند. بر اساس الگوی ریف، بهزیستی روان شناختی از ۶ عامل پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت به خود)، رابطه مثبت با دیگران (برقراری روابط گرم و صمیمی با دیگران و توانایی همدلی)، خودمختاری (احساس استقلال و توانایی ایستادگی در مقابل فشارهای اجتماعی)، زندگی هدفمند (داشتن هدف در زندگی و معنا دادن به آن)، رشد شخصی (احساس رشد مستمر)، و تسلط بر محیط (توانایی فرد در مدیریت محیط) تشکیل می شود. الگوی ریف به طور گسترده در جهان مورد توجه قرار گرفته است (۱۵).

یکی از راهبردهای مقابله ای که به فرد کمک می کند تا با شرایط استرس زا روبه رو شده و از اختلالات بیماری زانجات یابد تاب آوری^۲ است (۱۶).

تاب آوری به عنوان اطمینان فرد به توانایی هایش برای غلبه بر تنش، داشتن توانایی های مقابله ای، حرمت خود، ثبات عاطفی و ویژگی های فردی که حمایت اجتماعی از طرف دیگران را افزایش می دهد تعریف شده است. (۱۷).

تاب آوری می تواند توانایی و مهارت فرد در انطباق مثبت با استرس و یا شرایطی سخت همچون ابتلای به یک بیماری مزمن را تحت تأثیر قرار دهد (۱۸). بررسی پژوهش ها نشان می دهد تاب آوری خصیصه ای است که می تواند نگرش مبتلایان به دیابت را نسبت به اتخاذ یک سبک زندگی سالم تر

بهبود بخشیده و فرآیند انتقال و سازگاری را در این افراد تسهیل کند (۱۹).

درحال حاضر، الگوی مدل پزشکی به تنهایی پاسخگوی بسیاری از نیازها و مشکلات دیابت نیست (۲۰). چرا که بسیاری از عوامل مانند مشکلات روان شناختی و هیجانی مانع انجام و تداوم مراقبت های پزشکی می شود (۲۱) از این رو، برای درمان دیابت علاوه بر درمان های پزشکی، درمانهای روان شناختی متعددی، مانند، آموزش خودمدیریتی، مدیریت استرس و آرام سازی، درمان های رفتاری، درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در طول سالهای متوالی به کار رفته و اثرات مثبتی بر کنترل دیابت داشته اند (۲۲).

بر خلاف درمان های رایج سنتی هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد حذف یا کاهش فراوانی یا شدت تجارب درونی (مثل افکار، هیجانات، احساسات، خاطرات و تمایلات) نیست بلکه قصد دارد مبارزه با کنترل یا حذف این تجارب را کاهش دهد و مشغولیت با فعالیت های زندگی معنادار را افزایش دهد. با توجه به تاثیر درمان های روان شناختی بر بهبود علایم جانبی و کند سازی روند بیماری به نظر می رسد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر مولفه پذیرش و ارزش ها و تغییر رفتار در جهت آن ها قادر به کاهش علایم جانبی و بهبود وضعیت زندگی بیماران باشد. افزایش بهزیستی روان شناختی و تاب آوری در بیماران مبتلا به دیابت می تواند منجر پیشبرد درمان های طبی شود و در کنار آمدن با شرایط جدید کار ساز باشد و وضعیت زندگی بیمار را ارتقاء بخشد. این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سوال بود که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان شناختی و تاب آوری زنان دیابتی نوع ۲ اثربخش است؟

روش کار

¹ . Ryff

² . Resiliency

درمان شوند). شمای کلی پژوهش در جدول (۳-۱) ارائه شده است.

جدول ۱- شمای کلی طرح پژوهش

گروه ها	پیش از من	اعمال متغیر مستقل	پس از من	پیگیری
آزمایش	T1	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	T2	T3
گواه	T1	-	T2	T3

ابزار پژوهش

۱- مقیاس بهزیستی روانشناختی: در سال ۱۹۸۹ توسط کارول ریف در دانشگاه ویسکانسین ساخته شده است. این آزمون ۸۴ سول و ۶ عامل را در بر می گیرد. که این ۶ عامل شامل: مؤلفه های خودمختاری، هدفمندی در زندگی، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، پذیرش خود، می باشد. فرآیند ساخت مقیاس با نوشتن تعریف برای ۶ عامل آغاز شد. در فرم ۸۴ سوالی هر عامل از ۱۴ سوال تشکیل می شود. از آزمودنی خواسته می شود، - (۲۳).. آلفای بدست آمده برای پذیرش خود (۹۳٪)، ارتباط با دیگران (۹۱٪)، خودمختاری (۸۶٪)، تسلط بر محیط (۹۰٪)، هدفمندی در زندگی (۹۰٪) و رشد شخصی (۸۷٪) گزارش شده است که بر این اساس برای اهداف پژوهشی و بالینی وسیله مناسبی به شمار می رود (۲۳)

۲- مقیاس تاب آوری کانر- دیویدسون: این پرسشنامه دارای ۲۵ سوال بوده و هدف آن سنجش میزان تاب آوری در افراد مختلف است.. هر چه این امتیاز بالاتر باشد، بیانگر میزان تاب آوری بیشتر فرد پاسخ دهنده خواهد و برعکس. در پژوهش بشارت و همکاران (۱۳۸۶) روایی و پایایی این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفته است. در پژوهش حق رنجبر و همکاران (۱۳۹۰) نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از آزمون ضریب آلفای کرونباخ مورد آزمون قرار گرفت که آلفای ۰/۸۴ برای این پرسشنامه بدست آمد. بنابراین این ابزار از پایایی خوبی برخوردار است.

طرح پژوهش حاضر به شیوه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون می باشد.

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ بود که به بیمارستان های شهرستان الیگودرز در شش ماهه اول ۱۳۹۷ مراجعه کرده بودند.

جهت نمونه گیری از روش نمونه گیری تصافی ساده استفاده شد. که از میان بیماران، ۱۸ بیمار با در نظر داشتن ملاک های ورود و خروج انتخاب شده و به تصادف در دو گروه کنترل و آزمایش تقسیم بندی شدند.

ملاک های ورود شامل گذشتن حداقل ۱ یک سال از بیماری دیابت، داشتن حداقل خواندن و نوشتن، عدم مشکل شنوایی و یا تکلم، عدم ابتلا به اختلالات حاد روانپزشکی همزمان، رضایت داشتن از شرکت در درمان و ملاک های خروج شامل نداشتن حداقل سواد، داشتن اختلالات شدید روانپزشکی همزمان، غیبت در جلسات درمانی، عدم میل به شرکت در جلسات درمانی بود.

شیوه اجرا در این پژوهش به شیوه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون انجام شد. برای انجام پژوهش ابتدا با تهیه مجوز از سوی دانشگاه به بیمارستان شهرستان الیگودرز مراجعه شد. سپس با از لیستی که در اختیار محقق قرار گرفت بیماران انتخاب شدند. پس از جلب رضایت بیماران جهت شرکت در فرآیند پژوهش و درمان یک جلسه توجیهی برای کلیه بیماران تشکیل شد. در این جلسه فرایند درمان و ملاحظات اخلاقی به بیماران ارائه شد. در پایان جلسه به صورت تصادفی بیماران در دو گروه گواه و شاهد قرار گرفتند. جلسات درمانی، درمان بر اساس بسته آموزش پذیرش و تعهد درمانی ایزدی و عابدی (۱۳۹۳) به مدت ۱۰ جلسه به صورت گروهی و هفته ای یک جلسه به مدت یک ساعت قرار گرفتند. در طی این مدت گروه شاهد هیچ درمان روان شناختی دریافت نکردند. (لازم به توضیح است که گروه شاهد در لیست انتظار قرار گرفتند تا پس از پایان پژوهش وارد روند

پروتکل درمانی

خلاصه جلسات درمانی طبق ترتیب ارائه شده در جدول زیر بود:

جلسه های درمان	عنوان جلسات
جلسه اول	آشنایی و ایجاد ارتباط با اعضای گروه، هدف از شرکت در گروه، قواعد اصلی، مقدمات، مرور درمان و اهداف این برنامه، سنجش کلی، استراحت و پذیرایی، تصریح نوع رابطه درمانی، توزیع پرسشنامه ها، تکلیف خانگی
جلسه دوم	مرور تکالیف هفته قبل، ارتباط میان خلق و کارکرد، کمک به مراجع تا تجربیاتش را ارزیابی کند. شرح راهبردهای مورد استفاده مراجع و عدم کارآمدی آنها، تضعیف وابستگی مراجع به راهبردهای مورد استفاده اش، ارتباط میان تاب آوری؛ خلق و کارکرد، ایجاد درماندگی خلاق، استراحت و پذیرایی، ایجاد تمایل برای رها نمودن راهبردهای ناکارآمد، تکلیف
جلسه سوم	مرور تکالیف قبل، کنترل یک مشکل است و از طریق اجتناب و فرار هیجانی منجر به پیامدهای و نتایج ناکارآمد خواهد شد، راهبردهای کنترل به صورت دلخواهی یاد گرفته و نگهداری می شوند، معرفی تمایل به عنوان یک راه و بررسی بهای عدم تمایل و عدم پذیرش، استراحت و پذیرایی، تکلیف
جلسه چهارم	مرور تکالیف قبلی معرفی گسلش، کاربرد تکنیک های گسلش شناختی، پذیرایی و استراحت، تکلیف جلسه پنجم: مرور تکلیف گذشته، تضعیف وابستگی به خود مفهوم سازی شده، ایجاد آگاهی از خود نظاره گر، تمایز بین خود مفهوم سازی شده و خود نظاره گر (مشاهده گر)، تکنیک، تکلیف
جلسه پنجم	مرور تکلیف گذشته، تضعیف وابستگی به خود مفهوم سازی شده، ایجاد آگاهی از خود نظاره گر، تمایز بین خود مفهوم سازی شده و خود نظاره گر (مشاهده گر)، تکنیک، تکلیف
جلسه ششم	مرور تکلیف، بودن در زمان حال که جایگزین دلبستگی به گذشته و آینده مفهوم سازی شده، تکنیک های ذهن آگاهی، تکلیف.
جلسه هفتم	مرور تکلیف گذشته، ارزش ها و اهداف و آرزو ها و انتظارات، یکی کردن فعالیت ها، پذیرایی و استراحت، شفاف سازی کردن ارزش های مراجعان، ذهن آگاهی، تکلیف
جلسه هشتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، گزارش پیشرفت: واریسی کردن، پذیرایی، تکلیف
جلسه نهم	معرفی تعهد، معرفی موانع انجام عمل (تعهد)، تکلیف
جلسه دهم	بیان تمرین تعهد، بیان مفهوم عود و گام های آن، خداحافظی، تکلیف مادام العمر

نتایج

جدول ۲- جدول شاخص های توصیفی بهزیستی و تاب آوری روانشناختی آزمودنی ها

متغیر	گروه	تعداد میانگین انحراف معیار چولگی کسیدگی مینیمم ماکزیمم
بهزیستی روانشناختی پیش آزمون کنترل	۹	۳۶/۳۱ ۲۶۹/۰۰ ۰/۶۰ -۱/۱۱ ۲۱۶ ۳۱۶
آزمایش	۹	۲۴/۲۸ ۲۷۰/۲۲ ۰/۹۶ -۲/۱۴ ۲۱۹ ۳۰۶
بهزیستی روانشناختی پس آزمون کنترل	۹	۳۳/۰۸ ۲۸۰/۲۲ ۰/۶۰ -۰/۸۱ ۲۲۹ ۳۲۲
آزمایش	۹	۳۳/۶۳ ۳۱۰/۵۶ ۰/۳۹ -۰/۹۳ ۲۵۴ ۳۵۰

۶۷	۳۲	۱/۱۲	-۰/۲۶	۹/۷۹	۵۰/۳۳	۹	کنترل	تاب آوری پیش آزمون
۶۶	۳۳	-۰/۷۹	-۰/۳۵	۱۱/۰۶	۵۱/۱۱	۹	آزمایش	
۶۷	۳۵	-۰/۴۹	-۰/۱۶	۹/۹۱	۵۱/۵۶	۹	کنترل	تاب آوری پس آزمون
۷۱	۴۰	-۱/۲۹	-۰/۳۷	۱۱/۳۷	۵۷/۵۶	۹	آزمایش	

میانگین بهزیستی روانشناختی در پیش آزمون در گروه کنترل برابر ۲۶۹/۰ و در گروه آزمایش برابر ۲۷۰/۲۲ است. میانگین بهزیستی روانشناختی در پس آزمون در گروه کنترل برابر ۲۸۰/۲۲ و در گروه آزمایش برابر ۳۱۰/۵۶ است.

جدول ۳-تایج آزمون تحلیل کوواریانس برای بهزیستی روان شناختی و تاب آوری

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذورات
بهزیستی روان	اثر پیش آزمون	۱۵۱۸۴/۳۳۶	۱	۱۵۱۸۴/۳۳۶	۸۶/۸۸۵	۰/۰۰۱	۰/۸۵۳
شناختی	اثر گروه	۳۸۱۲/۷۵۱	۱	۳۸۱۲/۷۵۱	۲۱/۸۱۷	۰/۰۰۱	۰/۵۹۳
	خطا	۲۶۲۱/۴۴۲	۱۵	۱۷۴/۷۶۳			
	کل	۱۵۹۲۵۲۹/۰	۱۸				
تاب آوری	اثر پیش آزمون	۱۷۴۴/۶۶۷	۱	۱۷۴۴/۶۶۷	۳۴۵/۳۵۲	۰/۰۰۱	۰/۹۵۸
	اثر گروه	۱۲۲/۵۳۳	۱	۱۲۲/۵۳۳	۲۴/۲۵۵	۰/۰۰۱	۰/۶۱۸
	خطا	۷۵/۷۷۸	۱۵	۵/۰۵۲			
	کل	۵۵۵۵۶/۰	۱۸				

میانگین‌های تعدیل شده حاکی است که میزان بهزیستی روانشناختی در گروه آزمایش ($m = 309/95$) بطور معنی داری بیشتر از گروه کنترل ($m = 280/83$) است. همچنین میانگین‌های تعدیل شده حاکی است که میزان تاب آوری در گروه آزمایش ($m = 57/17$) بطور معنی داری بیشتر از گروه کنترل ($m = 51/94$) است. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت) بر افزایش بهزیستی روان شناختی و تاب آوری زنان دیابتی نوع ۲ تاثیر معنی داری دارد.

برای آزمون تاثیر درمان اکت، از تحلیل کوواریانس استفاده شده است. تحلیل کوواریانس دارای پیش فرض‌هایی است که مهمترین آنها نرمال بودن توزیع متغیر وابسته، همگنی شیب رگرسیون‌ها و همگنی واریانس متغیر وابسته در گروه‌ها است. نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۳- ارائه شده است. با توجه به جدول ملاحظه می‌شود که اثر گروه در متغیر بهزیستی روان شناختی در سطح احتمال ۹۹ درصد معنی دار می‌باشد ($p = 0/001$). همچنین اثر گروه در متغیر تاب آوری در سطح احتمال ۹۹ درصد معنی دار می‌باشد ($p = 0/001$). از طرفی

جدول ۴-میانگین تعدیل شده بهزیستی روان شناختی و تاب آوری

متغیر	گروه	تعداد	میانگین تعدیل شده	خطای معیار
بهزیستی روان	کنترل	۹	۲۸۰/۸۳۲	۴/۴۰۷
شناختی	آزمایش	۹	۳۰۹/۹۴۶	۴/۴۰۷
تاب آوری	کنترل	۹	۵۱/۹۴۴	۰/۷۵۰
	آزمایش	۹	۵۷/۱۶۷	۰/۷۵۰

بحث و نتیجه گیری

دیابت یکی از بیماری های مزمن و شایع دوران معاصر است. با توجه به عوارض جسمانی این بیماری می تواند تأثیرات عمیق روانی بر جای بگذارد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت) بر بهزیستی روان شناختی و تاب آوری زنان دیابتی نوع ۲ اثربخش است.

بر اساس یافته های به دست آمده از پژوهش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت) بر بهزیستی روان شناختی و تاب آوری زنان دیابتی نوع ۲ تاثیر معنی داری دارد. یافته فوق با نتایج پژوهش های پیشین در این زمینه نظیر پژوهش (۲۴)، (۲۵)، (۲۶) و (۲۷)، (۲۸)، (۲۹)، (۳۰)، (۳۱)، (۳۲)، (۳۳) و (۳۴) همسو می باشد.

با توجه به موضوع که رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد از فرایندهای پذیرش، تمرکز ذهنی، تعهد و فرایندهای تغییر رفتار به منظور ایجاد انعطاف پذیری روانی استفاده می کند (۳۵) از این رویکرد می توان برای افزایش بهزیستی روانی و تاب آوری زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ استفاده کنیم. این روش مداخله روان شناختی مبتنی بر شواهد است که راهبردهای پذیرش و توجه آگاهی را به شیوه های مختلفی با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار در می آمیزد. این امر با هدف افزایش انعطاف پذیری روان شناختی انجام می شود. در این رویکرد عموماً از شش اصل بنیادین زیر برای کمک به افزایش انعطاف پذیری روان شناختی مراجعان استفاده می شود: ۱- گسلش شناختی: یادگیری روش هایی برای کاهش تمایل به واقعیت پنداشتن افکار، تصورات، هیجانات و خاطرات ۲- پذیرش: اجازه دادن به آمد و رفت افکار بدون اینکه با آن ها مبارزه شود ۳- تماس با لحظه اکنون: آگاهی از اینجا و اکنون؛ و تجربه آن با گشودگی و علاقه مندی ۴- مشاهده خود: دستیابی به حسی تعالی یافته از خود؛ تسلسلی از آگاهی که تغییر پذیر نیست ۵- ارزش ها: اکتشاف اینکه چه چیزی برای خود واقعی فرد بسیار مهم است ۶- اقدام متعهدانه: طرح ریزی

اهداف بر اساس ارزش ها و تلاش متعهدانه برا رسیدن به آن اهداف. درمان پذیرش و تعهد از درمان های نسل سوم شناختی- رفتاری است که این درمان ها، توجه و تلاش های خود را در مداخلات، بر هدف قرار دادن نیازهای بیماران مبتلا به بیماری مزمن، تمرکز کرده اند. مداخلات در درمان پذیرش و تعهد برای دیابت با هدف مدیریت پریشانی های مرتبط با دیابت که چالش های هیجانی ایجاد می کنند و همچنین برای برای بهبودی مهارت های خود مدیریتی انجام می شود. آموزش پذیرش و مهارت های ذهن آگاهی می تواند تغییرات واقع بینانه ای در رابطه با دیابت ایجاد کند (۳۶) و همین امر سبب ارتقاء بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی در بیماران می شود. با توجه به اثربخشی بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بیماری های مزمن مانند دیابت پیشنهاد می شود از روان شناسان سلامت و همچنین روان شناسان بالینی مسلط به این درمان، برای همکاری تیمی برای درمان این بیماری ها در سیستم بهداشت و درمان کشور استفاده گردد.

با توجه به اینکه فاکتور تاب آوری متأثر از عواملی نظیر ویژگی های غیر اکتسابی، مهارتهای اکتسابی و منابع حمایتی است لذا پیشنهاد می شود تحقیق حاضر در نقاط دیگری از ایران انجام گیرد و ضمن مقایسه نتایج آن با مطالعه حاضر به ریشه یابی منابع حمایتی و پرورش تاب آوری و ارتقای مهارت های سازگاری مبتلایان به دیابت پرداخته شود.

همچنین با توجه به نتایج این پژوهش شناخت مشکلات روانی بیماران مبتلا به دیابت و توجه به ارتقای کیفیت زندگی و بهزیستی روان شناختی آنان عنایت بیشتر وزارت بهداشت و درمان را در خصوص برنامه های درمانی به طور جدی تر و گسترده تر در سطح بیمارستان ها می طلبد.

References

1. Harvey J N , Lawson V L (2008). The Importance of Health Belief Models in Determining Self-Care Behaviour in Diabetes, *Diabetic Medicine*, Accepted Article; doi: 10.1111/j.1464-5491.
2. Meusel L, Kansal N, Tchistiakova E, Yuen W, MacIntosh B, Greenwood C, et al. A systematic review of type 2 diabetes mellitus and hypertension in imaging studies of cognitive aging: time to establish new norms, *Front Aging Neurosci*. 2014; 6: 148
3. Khodabakhshi Kolai A, Falsafinejad MR, Navidian A (2016). The effectiveness of stress resistance training on the psychological well-being of patients with type 2 diabetes. *Quarterly Journal of Diabetes Nursing Research*. 3(4): 40-30.
4. Schmitz ML (2014) Integration of stress signals by homeodomain interacting protein kinases. *Biol Chem* 395(4):375-86
5. Derakhshan Rad SA, Zeinelzadeh Ghouchani B, Taghizadeh Z, Zahedi E, Qassem Sharifi AH (2016). Descriptive study of resilience and its role in the process of adaptation of patients with type 2 diabetes referred to Shiraz Diabetes Association. *Sadra Medical Sciences Magazine*. 4(4): 254-245.
6. Kralik D, Van Loon A, Visentin K. (2006). Resilience in the chronic illness experience. *Educational Action Research*; 14(2):187-201.
7. Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71(3), 543–562. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
8. Bradshaw BG, Richardson GE, Kumpfer K, Carlson J, Stanchfield J, Overall J, et al. (2007). Determining the efficacy of a resiliency training approach in adults with type 2 diabetes. *Diabetes Educator*; 33(4):650-9.
9. Dennison L, Moss-Morris R, Chalder T. (2009). A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clinical Psychology Review*; 29: 141- 153.
10. Saffari Nia M, Aghausefi A, Baradaran M (2014). Relationship between personality dimensions and problem solving and psychological well-being: The role of narcissism. *Culture of Counseling and Psychotherapy*, 5 (17): 89-102.
11. Spiess, K.; Sachs, G.; Pietschmann, P. & Prager, R. (1995). A program to reduce onset distress in unselected type I diabetic patients: effects on psychological variables and metabolic control. *European Journal of Endocrinology* 132:580–586.
12. Gregg, J. A., Callaghan, G. M., & Hayes, S. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 336-343.
13. Thomas N, Shawyer F, Castle DJ, Copolov D, Hayes SC & Farhall J. (2014). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy (ACT) for psychosis: study protocol. *BMC Psychiatry*; 14:198.
14. Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081.
15. Behzadpour S, Vakili M, Motahhari ZS, Sohrabi F (2014). Investigating the relationship between marital boredom and religiosity and resilience in infertile and fertile women. *Nasim Health Quarterly*, 2 (4): 17-24.
16. Izadinia N, Amiri M, ghorban Jahromi R, Hamidi Sh (2010). A study of relationship between suicidal ideas, depression, anxiety, resiliency, daily stresses and mental health among Tehran university students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 5: 1615-1619.
17. Pinquart M. (2008). Moderating effect of dispositional resilience on association between hassles and psychological distress. *JAppl Dev Psychol*; 23: 1-8.
18. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev*; 71: 543-62.
19. Barlow, h. (2002) Maternal stressor Maternal well Bing in the context of juvenile idiopathic arthritis. *Early child development*.vol, 172.
20. Chinn, P., & Karmer, M. (1999). *Theory and nursing*. St. Louis: Mosby.
21. Polonsky, W. H. (2002). Emotional and quality of life aspects of diabetes management. *Current diabetes reports*, 2, 153-159.
22. Shayeghian Z, Aguilar-Vafaie M, Besharat M A, Amiri P, Parvin M, Roohi Gilani K (2014). The Association between Self-Care and Control of Blood Sugar and Health-related Quality of Life in Type II Diabetes Patients. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 15 (6) :545-551.
23. Bayani A, Kouchaki Ashour M, Goodarzi H (2007). Validity and validity of Life Satisfaction Scale (SWLS). *Transformational Psychology: Iranian Psychologists*, 3 (11): 259-265.
24. Twohig MP. (2009). Acceptance and commitment therapy for treatment-resistant posttraumatic stress disorder: A case study. *Cogn Behav Pract*.16 (3):243-52.
25. Al-Akour N, Khader YS & Shatnawi NJ. (2010). Quality of life and associated factors among Jordanian adolescents with type I diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and its Complications*; 24(1):43-47.

26. Khodayari Fard M, Nesfat M, Dusty Bonab B, Shokouhi yekta M, behproje A (2003). Factors related to the social adjustment of veteran and non-veteran children in Tehran. Final report of the research project under the supervision of the Foundation for the Underprivileged and Veterans of the Islamic Revolution.
27. Brownell KD, Cohen LR. (2002). Adherence to dietary regimens: An overview
28. Lyubomirsky, S. (2001). Why are Some People Happier than Others? The Role of Cognitive and Motivational Processes in Well-being, *American Psychologist* 56, pp. 239-249.
29. Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
30. Luciano, J. V., Guallar, J. A., Aguado, J., López-Del-Hoyo, Y., Olivan, B., Magallón, R., . . . Garcia-Campayo, J. (2014). Effectiveness of group acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: A 6-month randomized controlled trial (EFFIGACT study). *Pain*, 155(4), 693-702.
31. Hayes SC. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behav Ther.* 35(4):639-65.
32. Lyubomirsky S, King L, Diener E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, Vol. 131, No. 6, 803-855.
33. Kamvar, S. Mogilner, C, Aaker, J. (2009). The Meaning(s) of Happiness, Research Paper No. 2026. Stanford University.
34. Crooker, K. J., & Near, J. P. (1998). Happiness and satisfaction: Measure of affect and cognition? *Social Indicators Research*, 44: 195-224.
35. Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). "Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes". *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
36. Prevedini AB1, Presti G, Rabitti E, Miselli G, Moderato P (2011). Acceptance and commitment therapy (ACT): the foundation of the therapeutic model and an overview of its contribution to the treatment of patients with chronic physical diseases. *G Ital Med Lav Ergon.* 33(1): 53-63.

Original Article

The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on the Psychological Well-Being and Resilience of Type 2 Diabetic Women

Received: 06/12/2019 - Accepted: 29/02/2020

Seyed Ali Al Yassin^{1*}
Hossein Davoodi²
Maryam Nematollahi³

¹Assistant Professor, Islamic Azad University, Khomein Branch (Corresponding Author)

²Assistant Professor, Islamic Azad University, Khomein Branch, Khomein, Iran

³Master of Clinical Psychology Islamic Azad University and Ahad Khomeini

Abstract

Introduction: Diabetes is one of the chronic and common diseases of the contemporary era. Regarding the physical side effects of this disease, it can have profound psychological effects. Therefore, attention to factors affecting health can be effective in improving the mental health of diabetic patients. The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ECT) on the psychological well-being and resilience of type 2 diabetic women.

Methods: This study was performed using pre-test and post-test design with control group. Thirty female patients with type 2 diabetes referred to Aligoodarz hospitals during the first six months of the year 1977 that met the criteria were selected and randomly divided into experimental and control groups. For the experimental group, acceptance and commitment therapy was administered in 10 one-hour sessions. Both groups completed the Reef Psychological Well-being Scale (1989) and Conner and Davidson Resilience (2003) before and after treatment. Data were analyzed using analysis of covarianc

Results: Findings showed that acceptance and commitment therapy is effective on psychological well-being and resiliency of patients with type 2 diabetes.

Conclusion: Based on the findings, it is suggested that acceptance and commitment based therapy be used to improve the quality of life and mental health of type 2 diabetes.

Key words: Acceptance and Commitment, ACT, Psychological Well-being, Resiliency, Type 2 Diabetes