

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اضطراب سلامت، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۷/۰۵ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۲۰

خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اضطراب سلامت، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد. **روش کار:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود. از میان این جامعه، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه اضطراب سلامت سالکوسکیس و وارویک (۲۰۰۲)، پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و وندروال (۲۰۱۰) و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) بود. گروه آزمایش در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت گروهی شرکت کردند، در حالی که گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری جمع‌آوری شد و برای تحلیل آن‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری موجب کاهش اضطراب سلامت و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شده است ($P < 0/01$). همچنین اثرات این مداخله در مرحله پیگیری سه‌ماهه نیز پایدار باقی مانده بود. **نتیجه‌گیری:** بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به عنوان یک مداخله روان‌شناختی مؤثر در بهبود وضعیت روانی و ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مورد استفاده قرار گیرد.

کلمات کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اضطراب سلامت، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، کیفیت زندگی

نویسنده به‌لکه غراوی^{۱*}

^۱گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران (نویسنده مسئول).

Email: nfyshbhlkh@gmail.com

مقدمه

دیابت نوع دو^۱ یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن غیرواگیر در جهان است که به دلیل ماهیت پیش‌رونده، نیاز به مراقبت مداوم و پیامدهای جسمانی و روانی گسترده، به یکی از چالش‌های مهم نظام‌های سلامت تبدیل شده است (۱). این بیماری علاوه بر تأثیرات فیزیولوژیک نظیر اختلال در متابولیسم گلوکز، با طیفی از پیامدهای روان‌شناختی همراه است که می‌تواند روند درمان و مدیریت بیماری را به طور قابل توجهی تحت تأثیر قرار دهد (۲). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افراد مبتلا به دیابت نوع دو در مقایسه با افراد سالم سطوح بالاتری از نگرانی‌های مرتبط با سلامت، استرس مزمن، افسردگی و اضطراب را تجربه می‌کنند (۳). از میان این پیامدهای روان‌شناختی، اضطراب سلامت^۲ به عنوان یکی از مشکلات شایع در میان بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن شناخته می‌شود؛ پدیده‌ای که می‌تواند ادراک فرد از علائم بدنی، نگرانی درباره پیشرفت بیماری و حساسیت نسبت به عوارض احتمالی را افزایش دهد (۴). در چنین شرایطی، اضطراب سلامت نه تنها به کاهش رفاه روانی بیماران منجر می‌شود، بلکه می‌تواند بر پایداری به درمان، رفتارهای خودمراقبتی و در نهایت پیامدهای بالینی بیماری نیز اثرگذار باشد (۵).

اضطراب سلامت به طور کلی به نگرانی مفرط و پایدار درباره ابتلا یا پیشرفت بیماری‌های جسمانی اطلاق می‌شود که اغلب با تفسیرهای فاجعه‌آمیز از نشانه‌های بدنی همراه است (۶). در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، این نوع اضطراب ممکن است به شکل نگرانی دائمی درباره عوارضی نظیر نوروپاتی، رتینوپاتی، مشکلات قلبی-عروقی یا نوسانات شدید قند خون بروز پیدا کند (۷). چنین نگرانی‌هایی می‌تواند چرخه‌ای از

افکار منفی، پایش بیش از حد علائم جسمانی و رفتارهای اجتنابی ایجاد کند. این چرخه نه تنها موجب افزایش فشار روانی می‌شود، بلکه ممکن است توانایی فرد در مدیریت مؤثر بیماری را نیز کاهش دهد (۸). بنابراین، توجه به ابعاد روان‌شناختی دیابت و به ویژه مداخلاتی که بتوانند اضطراب سلامت را کاهش دهند، اهمیت ویژه‌ای دارد.

در کنار اضطراب سلامت، یکی از سازه‌های مهم در حوزه سلامت روان بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۳ است (۹). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به توانایی فرد برای تماس آگاهانه با تجربیات درونی شامل افکار، هیجان‌ها و احساسات - در لحظه حال و انتخاب رفتارهایی اشاره دارد که با ارزش‌های شخصی او همسو باشند، حتی زمانی که این تجربیات درونی ناخوشایند هستند (۱۰). این سازه به عنوان یکی از مفاهیم مرکزی در رویکردهای درمانی مبتنی بر موج سوم درمان‌های شناختی-رفتاری مطرح شده است. افرادی که از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بالاتری برخوردارند، معمولاً توانایی بیشتری در پذیرش تجربه‌های دشوار، فاصله گرفتن از افکار ناکارآمد و اتخاذ رفتارهای سازگارانه دارند (۱۱). در مقابل، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌تواند موجب اجتناب تجربی، درگیری شناختی با افکار منفی و محدود شدن رفتارهای ارزش‌محور شود (۱۲).

در زمینه بیماری‌های مزمن مانند دیابت نوع دو، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نقش مهمی در سازگاری فرد با بیماری ایفا می‌کند. بیماران مبتلا به دیابت با مجموعه‌ای از چالش‌های روزمره مواجه هستند؛ از جمله پایش مداوم قند خون، رعایت رژیم غذایی، مصرف داروها، انجام فعالیت بدنی و مواجهه با نگرانی‌های مرتبط با عوارض احتمالی

³ Psychological Flexibility

¹ Type 2 Diabetes Mellitus

² Health Anxiety

تعهد یکی از درمان‌های موج سوم شناختی-رفتاری محسوب می‌شود که هدف اصلی آن افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق فرآیندهایی مانند پذیرش، گسلش شناختی، حضور در لحظه حال، خود به عنوان زمینه، شفاف‌سازی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه است. این رویکرد تلاش می‌کند به جای حذف یا کنترل افکار و هیجان‌های ناخوشایند، به افراد کمک کند تا رابطه متفاوتی با تجربه‌های درونی خود برقرار کنند و در عین حال رفتارهایی را انتخاب کنند که با ارزش‌های زندگی آن‌ها همسو باشد (۱۹).

کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در حوزه بیماری‌های مزمن در سال‌های اخیر مورد توجه گسترده قرار گرفته است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این رویکرد می‌تواند در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مؤثر باشد و همچنین به بهبود سازگاری روان‌شناختی با بیماری کمک کند. در مورد بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، ACT می‌تواند به افراد کمک کند تا نگرانی‌ها و افکار مرتبط با بیماری را با پذیرش بیشتری تجربه کنند و به جای درگیر شدن در چرخه نگرانی و اجتناب، انرژی خود را بر رفتارهای سلامت‌محور و ارزش‌محور متمرکز سازند (۲۰). از این طریق، احتمال می‌رود که این رویکرد بتواند سطح اضطراب سلامت را کاهش داده و در عین حال انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران را افزایش دهد (۲۱).

افزون بر این، با توجه به ارتباط نزدیک میان وضعیت روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت، انتظار می‌رود که مداخلات مبتنی بر ACT بتوانند به بهبود کیفیت زندگی این بیماران نیز کمک کنند. زمانی که افراد بتوانند با افکار و احساسات مرتبط با بیماری به شیوه‌ای پذیرنده‌تر برخورد کنند و در عین حال در جهت ارزش‌های مهم زندگی

بیماری (۱۳). در چنین شرایطی، افرادی که از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری برخوردارند، معمولاً بهتر می‌توانند با احساسات منفی ناشی از بیماری کنار بیایند و رفتارهای سلامت‌محور را در زندگی خود حفظ کنند. برعکس، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی ممکن است به اجتناب از مواجهه با واقعیت بیماری، ناامیدی، کاهش انگیزه برای مراقبت از خود و در نهایت تشدید مشکلات جسمانی و روانی منجر شود (۱۴).

از سوی دیگر، کیفیت زندگی^۴ یکی از شاخص‌های مهم در ارزیابی وضعیت سلامت بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن به شمار می‌رود (۱۵). کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی است که ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و کارکردی زندگی فرد را در بر می‌گیرد. در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، عوامل مختلفی می‌توانند بر کیفیت زندگی تأثیر بگذارند؛ از جمله شدت بیماری، عوارض جسمانی، سطح حمایت اجتماعی، وضعیت اقتصادی و همچنین متغیرهای روان‌شناختی نظیر اضطراب، افسردگی و نگرش فرد نسبت به بیماری (۱۶). مطالعات متعدد نشان داده‌اند که مشکلات روان‌شناختی، به ویژه اضطراب و نگرانی‌های مرتبط با سلامت، می‌توانند کیفیت زندگی بیماران دیابتی را به طور قابل توجهی کاهش دهند (۱۷). بنابراین، مداخلاتی که بتوانند همزمان بر بهبود وضعیت روان‌شناختی و ارتقای کیفیت زندگی بیماران تمرکز کنند، از اهمیت زیادی برخوردار هستند.

در سال‌های اخیر، توجه پژوهشگران و درمانگران به رویکردهای نوین روان‌درمانی که بر پذیرش تجربه‌های درونی و ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تأکید دارند، افزایش یافته است (۱۸). یکی از مهم‌ترین این رویکردها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۵ است. درمان مبتنی بر پذیرش و

⁵ Acceptance and Commitment Therapy

⁴ Quality of Life

خود حرکت کنند، احتمالاً احساس معنا، رضایت و کارآمدی بیشتری در زندگی تجربه خواهند کرد (۲۲). چنین تغییری می‌تواند نه تنها به بهبود سلامت روانی، بلکه به ارتقای ابعاد مختلف کیفیت زندگی از جمله کارکرد اجتماعی، احساس کنترل بر زندگی و رضایت کلی از زندگی منجر شود.

با وجود افزایش توجه به نقش مداخلات روان‌شناختی در مدیریت بیماری‌های مزمن، همچنان در بسیاری از نظام‌های مراقبت سلامت تمرکز اصلی بر جنبه‌های زیستی و دارویی درمان دیابت قرار دارد و ابعاد روان‌شناختی بیماری کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد. این در حالی است که شواهد نشان می‌دهد که عوامل روان‌شناختی می‌توانند به طور مستقیم و غیرمستقیم بر مدیریت بیماری، پایداری به درمان و پیامدهای سلامت تأثیر بگذارند. از این رو، بررسی اثربخشی مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر شواهد، مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در بهبود وضعیت روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو اهمیت ویژه‌ای دارد. با توجه به مطالب مطرح شده، به نظر می‌رسد که اضطراب سلامت، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت زندگی سه متغیر کلیدی در تجربه زیسته بیماران مبتلا به دیابت نوع دو هستند که می‌توانند تحت تأثیر مداخلات روان‌شناختی قرار گیرند.

با این حال، هنوز نیاز به پژوهش‌های بیشتری برای بررسی اثربخشی رویکرد **ACT** بر این متغیرها در جمعیت بیماران دیابتی وجود دارد، به ویژه در بافت‌های فرهنگی و اجتماعی مختلف. بنابراین، مسئله اساسی پژوهش حاضر این است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند موجب کاهش اضطراب سلامت، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شود؟.

روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود که از این جامعه تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس (بر اساس نرم‌افزار تعیین حجم نمونه **G3 Powe** و با در نظر گرفتن پارامترهای اندازه اثر = ۰/۳۶؛ ضریب آلفا = ۰/۰۵؛ توان آزمون = ۰/۹۵) انتخاب شدند. حجم نمونه نیز برای هر یک از گروه‌های آزمایش و گواه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد که به‌طور کلی حجم نمونه ۳۰ نفر اتخاذ شد. لذا در این مطالعه ۲ گروه ۱۵ نفری برای پژوهش انتخاب شد که تخصیص آنها در دو گروه آزمایش و گواه به صورت تصادفی انجام شد. ملاک‌های ورود پژوهش شامل بیمار دیابت نوع دو، ملیت ایرانی، رده سنی ۲۵ تا ۵۲ سال و داشتن تحصیلات دیپلم به بالا و ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه، ناقص تکمیل شدن پرسش‌نامه‌ها، انصراف از ادامه همکاری، عدم تعهد نسبت به تمرینات در فرایند مداخله و شرکت هم‌زمان در برنامه‌های مشاوره یا روان‌درمانی دیگر بود. روش اجرا به این صورت بود که پس انتخاب گروه نمونه با توجه به معیارهای ورود، پرسشنامه‌های مورد بررسی انجام شد. در ادامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در یکی از مراکز مشاوره شهر تهران آموزش داده شد (مرکز دارای فضا، امکانات و تجهیزات آموزشی مناسب بود). تمام افراد مشارکت‌کننده در پژوهش که حاضر به همکاری شدند، پرسشنامه‌ها را به‌صورت گروهی در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل کرده و برای

تکمیل آن‌ها محدودیت زمانی لحاظ نشد. نحوه اجرا نیز به این صورت بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) و به صورت گروهی برگزار شد. محرمانه بودن اطلاعات کسب‌شده، جلب رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان پژوهش، عدم انتشار اطلاعات آنها به دیگران و ایجاد یک جو اطمینان‌بخش از جمله ملاحظات بود که پژوهشگر مدنظر قرارداد. در نهایت برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

ابزار سنجش

اضطراب سلامت: این پرسشنامه توسط سالکوسیس و وارویک در سال ۲۰۰۲ طراحی شده است که مشتمل بر ۱۸ سؤال است که هر آیتیم چهار گزینه دارد و هر گزینه شامل توصیف فرد از مؤلفه‌های سلامتی و بیماری به صورت یک جمله خبری است انتخاب می‌کند. سؤال ۵-۶-۸-۹-۱۱-۱۲ مقیاس ابتلا به بیماری، ۱۸-۱۷-۱۶-۱۵-۱۳، پیامدهای بیماری و ۱-۲-۳-۴-۷-۱۰-۱۴ نگرانی کلی سلامتی را نشان می‌دهد. نمره‌گذاری پرسشنامه اضطراب سلامت سالکوسیس و همکاران (۲۰۰۲) ۱۸ سؤالی چهار گزینه‌ای (۰ تا ۴) است. نمره بالا در این پرسشنامه نشانه اضطراب سلامت می‌باشد. حداقل نمره در این پرسشنامه صفر و حداکثر نمره ۵۴ خواهد بود. پرسشنامه اضطراب سلامت توسط نرگسی در سال ۱۳۹۰ به فارسی برگردانده شد و توسط چند تن از اساتید این حوزه تایید شد. از نظر نگارش زبان فارسی چندین مرتبه واریسی شد

و برای اطمینان از فهم گویه‌ها در اختیار چند دانشجوی قرار گرفت تا آنها نیز نظر خود را اعلام کنند. برای سنجش روایی پرسشنامه اضطراب سلامتی، این پرسشنامه و آزمون خودبیمارپنداری اهواز بر روی نمونه اعتباریابی اجرا شد. سالکوسیس و همکاران (۲۰۰۲) برای سنجش روایی از پرسشنامه مقیاس باورهای بیماری IAS استفاده کردند. روایی پرسشنامه اضطراب سلامتی را ۰/۶۳ به دست آوردند و آبرامویتز و همکاران (۲۰۰۷) ضریب روایی آن را ۰/۹۴ محاسبه کردند. در سال ۵۰۵۳ برای سنجش روایی همگرا نیز از پرسشنامه خودبیمارپنداری اهواز استفاده گردید. ضریب همبستگی بین این پرسشنامه و آزمون خودبیمارپنداری اهواز برابر ۰/۴۵۱۵ بهدست آمد که در سطح معنی‌داری $p < 0/001$ معنادار است. بنابراین پرسشنامه اضطراب سلامت از روایی خوبی برخوردار است. سالکوسیس و همکاران (۲۰۰۲) اعتبار آزمون-بازآزمون این پرسشنامه ۰/۹۰ به دست آوردند و ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه را از ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ گزارش کردند. نرگسی در سال ۱۳۹۰ پرسشنامه را بین ۳۴۵۱۵ آزمودنی از بین معلمان اندیمشک اجرا کرد که پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد که حاکی از پایایی رضایتبخش پرسشنامه اضطراب سلامت می‌باشد (۲۳). آلفای کرونباخ گزارش شده در پژوهش حاضر ۰/۸۸ بود.

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی: این پرسشنامه توسط دنیس و وندروال^۶ (۲۴) برای سنجش نوعی از انعطاف‌پذیری

ضریب آلفای کرونباخ در ۲۲۷ دانشجوی دانشگاه شیراز و پایایی به روش باز آزمایی بافاصله ۲۰ روز در ۳۵ تن از دانشجویان دانشگاه شیراز به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۷۱ به دست آوردند (۲۵). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

کیفیت زندگی: این پرسشنامه توسط گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی سلامت در چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و وضعیت محیط و با ۲۶ گویه تدوین شده است. نمره گذاری به صورت از (۱= خیلی کم) تا (۵= خیلی زیاد) انجام می گیرد. در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین المللی این سازمان صورت گرفته، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است (۲۶). جوشی^۹ و همکاران (۲۷) در مطالعه ای همبستگی پیرسون امتیازات کل در معیار پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و ۴ خرده مقیاس آن یعنی سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و وضعیت محیط را به ترتیب $r=0/54$ ، $r=0/55$ ، $r=0/52$ و $r=0/56$ و در کل برابر $r=0/73$ به دست آوردند. در ایران نجات و همکاران (۱۳۸۵) با استفاده از تحلیل آماری روایی همگرایی از طریق پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) (۱۹۹۲)، ۰/۶۸ گزارش کرد و آلفای کرونباخ این پرسشنامه را نیز ۰/۸۹ گزارش کرد که نشان از روایی و پایایی مناسب پرسشنامه است (۲۸). آلفای کرونباخ

شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می رود. این ابزار یک سازه دوعاملی معتبر است؛ به عبارتی، نسخه نهایی این مقیاس شامل ۲۰ سؤال است که ۱۳ سؤال برای خرده مقیاس جایگزین ها و ۷ سؤال برای خرده مقیاس کنترل است. در نسخه ایرانی این مقیاس که توسط شاره^۷ و همکاران تهیه شده است، سه عامل کنترل، جایگزین ها و جایگزین ها برای رفتارهای انسانی شناسایی شده است. سؤالات این پرسشنامه بر اساس مقیاس ۷ درجه ای لیکرت از بسیار مخالفم (۱) تا بسیار موافقم (۷) نمره گذاری می شود. سؤال های ۲، ۴، ۹، ۱۱، ۱۷ و ۱۷ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. بالاترین نمره ای که فرد می تواند بگیرد ۱۴۰ و پایین ترین نمره ۲۰ است. نمره بالاتر نشان دهنده انعطاف پذیری شناختی بیشتر و نمره پایین تر نشان دهنده انعطاف پذیری شناختی کمتر است. به منظور تعیین روایی پرسشنامه، سازندگان روایی پرسشنامه حاضر را با پرسشنامه افسردگی بک برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن با مقیاس انعطاف پذیری شناختی مارتین و رابین^۸ (۱۹۹۵) ۰/۷۵ به دست آوردند. مقدار پایایی پرسشنامه نیز به روش باز آزمایی ۰/۷۱ و ضرایب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه، کنترل و جایگزینی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۷ و ۰/۷۵ به دست آوردند. سلطانی و همکاران روایی همگرایی پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی را با پرسشنامه تاب آوری ۰/۶۷ و روایی همزمان آن با مقیاس افسردگی بک ۰/۵۰- گزارش کردند و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه

9. Joshi

7 Shareh

8 Martin, Robin

گزارش‌شده در پژوهش حاضر در حیطه سلامت جسمی ۰/۸۷، برای سلامت روانی ۰/۷۶ و برای روابط اجتماعی ۰/۸۱ و برای کیفیت محیط زندگی برابر با ۰/۷۲ بود. همچنین آلفای کرونباخ کل گزارش‌شده نیز ۰/۸۰ بود.

مشاوره گروهی به شیوه درمان پذیرش و تعهد:
 پروتکل ۸ جلسه ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲۹) و به قرار زیر است:

جدول ۱. پروتکل ۸ جلسه ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (تاد و بوهارت، ترجمه فیروز بخت ، ۱۳۹۲)

جلسات	محتوا
جلسه اول	آشنایی با اعضا - مطرح کردن مسئله رازداری - صحبت در مورد اهداف و نوع درمان - صحبت در مورد شناسایی ذهن (فکر، احساس، علائم بدنی، میل و خاطرات) - دادن تکلیف - اجرای پیش آزمون.
جلسه دوم	مرور واکنش به جلسه قبل مرور تکلیف - درمانگر به اعضا کمک کرد همه کارهایی که برای کاهش یا اجتناب از رویدادهای درونی و اضطراب انجام می دهند را بشناسند.. دادن تکلیف در مورد شناسایی کندن های خود)..
جلسه سوم	مرور واکنش به جلسه قبل مرور تکلیف - با رسیدن اعضا به درماندگی خلاق، معرفی کنترل به عنوان مسأله در این جلسه نیز از استعاره استفاده شد. در مورد دنیای بیرون و درون و قوانین آن توضیح داده شد. دادن تکلیف، تمام کارهایی که به عنوان کنترل به کار می برند شناسایی کنند
جلسه چهارم	مرور واکنش به جلسه قبل مرور تکلیف - بحث پذیرش / تمایل تجربه ای ، رنج پاک و رنج ناپاک برای اعضا توضیح داده شد. توضیح در مورد تمایل، جایگزینی برای کنترل، با بیان کردن استعاره دو مقیاس بدین منظور که به جای کم کردن درجه رویدادهای درونی یعنی افکار، هیجان، و... ، درجه تمایل خود نسبت به آنها را بالا ببرند. - دادن تکلیف تمایل برای جلسه بعد
جلسه پنجم	مرور واکنش به جلسه قبل بررسی تکالیف اعضا. از تمرینات و استعاره در این جلسه برای نشان دادن اینکه اینها فقط افکار، احساسات، خاطرات، میل و علائم بدنی هستند و نباید به عنوان واقعیت تلقی شوند. مفهوم خودها بیان شد، جایگزین ساختن خود به عنوان زمینه یا حس متعالی از خود، به جای خود مفهوم سازی شده ، یعنی مراجع بتواند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه نماید و قادر به جدا کردن خود از واکنش، خاطرات و افکار ناخوشایند شود).
جلسه ششم	مرور مطالب جلسه قبل. تکالیف مرور شد. برای ایجاد ذهن آگاهی در زمان حال تمرینی به عنوان خود مشاهده گر انجام شد. برای تمرین بیشتر برای نگاه کردن به افکار و احساسات و همچنین حرکت در جهت ارزش ها. پرداختن به ارزشهای زندگی. تکلیف سنجیدن ارزشها و مشخص کردن ارزشها.
جلسه هفتم	ابهامات در مورد جلسه قبل برطرف شد. تکلیف بررسی شد. بعد از شناسایی ارزش های اعضا، اهداف و اعمالی که اعضا را در راستای این ارزش هاسوق دهد تعیین شده برای سوق دادن اعضا به اعمال

جلسه هشتم

متعهدانه استعاره درختکاری بیان شد. و از آنها خواسته شد اهداف کوتاه مدت و بلند مدت خود را بنویسند و موانع را نیز بررسی کنند و از آنها خواسته شد نسبت به آنها متعهد شوند. ابهامات در مورد جلسه قبل برطرف شد. تکلیف بررسی شد. بعد از شناسایی ارزش های اعضا، اهداف و اعمالی که اعضا را در راستای این ارزش هاسوق دهد تعیین شده برای سوق دادن اعضا به اعمال متعهدانه استعاره درختکاری بیان شد. اهداف کوتاه مدت و بلند مدت خود را بنویسند و موانع را نیز بررسی کنند و از آنها خواسته شد نسبت به آنها متعهد شوند.

نتایج

(۵۳/۳ درصد) بودند از سوی دیگر ۹ نفر از افراد گروه کنترل زن (۶۰/۵ درصد) و ۶ نفر نیز مرد (۳۹/۵ درصد) بودند. برای تحصیلات افراد گروه آزمایش ۸ نفر (۵۷ درصد) دانشگاهی و ۷ نفر فاقد تحصیلات دانشگاهی (۴۳ درصد) بودند. در گروه کنترل نیز ۶ نفر (۴۰ درصد) تحصیلات دانشگاهی و ۹ نفر (۶۰ درصد) فاقد تحصیلات دانشگاهی بودند.

میانگین سن گزارش شده برای نمونه پژوهش حاضر به تفکیک گروه ها؛ برای گروه مداخله $34/45 \pm 8/14$ و در گروه گواه $34/9 \pm 5/04$ گزارش شد. حداقل سن شرکت کنندگان در این پژوهش ۲۹ و حداکثر سن ۴۵ گزارش شد. همچنین ۷ نفر از افراد گروه آزمایش زن (۴۶/۷ درصد) و ۸ نفر نیز مرد

جدول ۲. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای پژوهش در بین دو گروه و در سه زمان قبل و بعد از مداخله و پیگیری

گروه	متغیر	قبل از مداخله		بعد از مداخله		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	اضطراب سلامت	۴۵/۳	۷/۶۶	۳۹/۶	۵/۸۵	۴۰/۱	۶/۱۲
	انعطاف پذیری روانشناختی	۴۴/۴	۴/۷۹	۵۰/۵	۶/۱۴	۵۰/۳	۵/۸۹
	کیفیت زندگی	۶۱/۱	۷/۸۸	۷۹/۳	۸/۵۶	۷۸/۹	۷/۹۱
گواه	اضطراب سلامت	۴۴/۹	۶/۹۱	۴۳/۸	۶/۸۰	۴۴/۱	۶/۴۶
	انعطاف پذیری روانشناختی	۴۵/۶	۶/۵۶	۴۶/۸	۶/۷۱	۴۶/۳	۶/۱۱
	کیفیت زندگی	۶۰/۹	۷/۹۶	۶۱/۳	۶/۸۸	۶۰/۴	۶/۶۱

پیش از آزمون بهبود یافته است، اما روند میانگین نمرات گروه گواه تقریباً ثابت بوده است که این به نوعی نشان می دهد که

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود نمرات پس آزمون و پیگیری گروه درمان پذیرش و تعهد بر اضطراب سلامت و انعطاف پذیری روانشناختی و کیفیت زندگی در مقایسه با

است از مفروضه همگنی واریانس‌ها تخطی صورت نگرفته است. همچنین پژوهش حاضر که به دنبال تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب سلامت، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو است، برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس‌ها از آزمون کرویت موچلی استفاده شد و از آنجا که این مفروضه در مورد متغیر جهت‌گیری اضطراب سلامت ($\chi^2=12/5$, $p=0/001$)، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ($\chi^2=7/88$, $p=0/001$) و کیفیت زندگی ($\chi^2=10/5$) برقرار نبود، به همین دلیل می‌توانیم از نتیجه آزمون‌های درون‌گروهی با تعدیل درجات آزادی و با استفاده از نتایج آزمون هوین فلت استفاده کنیم. در ادامه نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر 3×2 برای مقایسه دو گروه آزمایش و گواه و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای متغیرهای پژوهش ارائه گردید.

درمان موثر است. البته برای سنجش معنادار بودن این تفاوت‌ها باید از آزمون‌های آماری مناسب استفاده شود. به همین منظور پس از بررسی مفروضه نرمال بودن، همگنی واریانس‌ها و همگنی ماتریس کوواریانس‌ها از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر آمیخته استفاده شد که نتایج آن در ادامه ارائه می‌شود. نتایج آزمون شاپیرو ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها و به عنوان یکی از پیش‌فرض‌های تحلیل اندازه‌گیری مکرر نشان داد که در سطح معناداری ($p>0/05$) داده‌های جمع‌آوری شده، در همه متغیرهای گروه آزمایش و گواه نرمال است و پیش‌فرض طبیعی بودن یا همان پارامتریک بودن داده‌ها رعایت شده است. نتایج آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس به عنوان یکی از پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس آمیخته نشان داد نتایج به دست آمده برای متغیر اضطراب سلامت ($F=1/56$ و $P=0/061$)، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ($F=2/17$ و $P=0/131$) و کیفیت زندگی ($F=2/19$ و $P=0/102$) بود و چون مقدار P از $0/05$ بزرگ‌تر

جدول ۳. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) در گروه‌های مورد پژوهش

نام آزمون	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذوراتا
کرویت فرض شده	۵۸۰۶۶/۰۳	۵	۱۱۶۱۳/۲	۶۱/۹	۰/۰۰۰	۰/۶۲۰
گراین هاوس - گیسر	۵۸۰۶۶/۰۳	۲/۳۶	۲۴۵۱۱/۵	۶۱/۹	۰/۰۰۰	۰/۶۲۰
هوین - فلت	۵۸۰۶۶/۰۳	۲/۶۰	۲۲۳۰۵/۰۹	۶۱/۹	۰/۰۰۰	۰/۶۲۰
باند بالا	۵۸۰۶۶/۰۳	۱	۵۸۰۶۶/۰۳	۶۱/۹	۰/۰۰۰	۰/۶۲۰

۶۱/۵ درصد است که از نظر آماری قابلیت اعتنا و تعمیم‌پذیری را دارد. بنابراین گزارش نتایج دقیق در اثرات ساده و تعاملی به شرح جدول ۴ ارائه شده است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در گروه‌های مورد مطالعه از نظر حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. مجذوراتا نشان می‌دهد تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر 3×2 به منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب سلامت، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

توان آماری	اندازه اثر	معناداری	F	نام آزمون	
۱	۰/۸۰۰	۰/۰۰۱	۵۴/۰۵	اثر اصلی گروه	اضطراب سلامت
۱	۰/۷۶۰	۰/۰۰۱	۴۴/۹	اثر اصلی سه مرحله اجرا	
۱	۰/۸۰۴	۰/۰۰۱	۵۵/۲	اثر اصلی گروه	
۱	۰/۷۷۱	۰/۰۰۱	۴۵/۳	اثر اصلی سه مرحله اجرا	انعطاف پذیری روانشناختی
۱	۰/۶۹۶	۰/۰۰۱	۶۰/۳	اثر اصلی گروه	
۱	۰/۷۱۳	۰/۰۰۱	۵۹/۴	اثر اصلی سه مرحله اجرا	کیفیت زندگی

معناداری وجود دارد. در ادامه بررسی تفاوت‌های مشاهده شده در اثر اصلی زمان (سه مرحله اجرا) از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر اصلی و اصلی در سه مرحله معنادار است ($p < 0/05$). به عبارتی بین نمرات اضطراب سلامت، انعطاف پذیری روانشناختی و کیفیت زندگی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با لحاظ کردن گروه‌های مختلف آزمایش و گواه تفاوت

جدول ۵. آزمون بونفرونی برای مقایسه متغیرهای در سه مرحله

متغیر	مرحله ۱	مرحله ۲	تفاوت میانگین معناداری (I-J)
اضطراب سلامت	پیش آزمون	پس آزمون	* ۸/۰۱-
	پیش آزمون	پیگیری	* ۶/۴۶-
انعطاف پذیری روانشناختی	پیش آزمون	پس آزمون	* ۷/۹۱-
	پیش آزمون	پیگیری	* ۵/۷۴-
کیفیت زندگی	پیش آزمون	پس آزمون	* ۵/۵۶
	پیش آزمون	پیگیری	* ۷/۶۹

به پس آزمون و پیگیری افزایش یافته است که نشان دهنده تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این سه متغیر است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اضطراب سلامت، انعطاف پذیری روان شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

با توجه به جدول ۵ می‌توان مشاهده کرد که به طور کلی نمرات اضطراب سلامت از مرحله پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری کاهش یافته است که این نشان دهنده تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب سلامت در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو است. همچنین می‌توان مشاهده کرد که به طور کلی نمرات انعطاف پذیری روانشناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو از مرحله پیش آزمون

واقعیت‌های قطعی. این فرایند که به عنوان «گسلش شناختی» شناخته می‌شود، باعث می‌شود افراد فاصله روان‌شناختی بیشتری از افکار فاجعه‌آمیز خود بگیرند و در نتیجه شدت تأثیر هیجانی این افکار کاهش یابد. زمانی که بیماران یاد می‌گیرند افکار اضطراب‌آور را بدون درگیری شدید ذهنی تجربه کنند، احتمال گرفتار شدن در چرخه نگرانی و نشخوار ذهنی کاهش پیدا می‌کند و سطح اضطراب سلامت نیز کاهش می‌یابد.

از سوی دیگر، یکی از فرآیندهای مهم در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد «پذیرش تجربه‌های درونی» است. بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن اغلب تلاش می‌کنند احساسات ناخوشایند مرتبط با بیماری مانند ترس، نگرانی یا ناامیدی را سرکوب یا کنترل کنند. با این حال، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تلاش برای اجتناب از تجربه‌های درونی اغلب به افزایش شدت آن‌ها منجر می‌شود (۲۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیماران کمک می‌کند که به جای اجتناب از این تجربه‌ها، آن‌ها را به عنوان بخشی طبیعی از تجربه زندگی با بیماری بپذیرند. این پذیرش باعث می‌شود انرژی روانی فرد به جای صرف شدن در مبارزه با افکار و احساسات، به سمت مدیریت مؤثر بیماری و رفتارهای سلامت‌محور هدایت شود. علاوه بر این، یکی دیگر از مؤلفه‌های مهم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تمرکز بر «حضور در لحظه حال» است. بسیاری از نگرانی‌های مرتبط با اضطراب سلامت ماهیتی آینده‌محور دارند؛ یعنی فرد دائماً در حال پیش‌بینی پیامدهای منفی احتمالی بیماری است. تمرین‌های ذهن‌آگاهی که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد استفاده قرار می‌گیرند به بیماران کمک می‌کنند توجه خود را از نگرانی‌های آینده‌محور به تجربه‌های لحظه حاضر معطوف کنند. این تغییر در جهت‌گیری توجه می‌تواند شدت نگرانی‌های مرتبط با آینده و در نتیجه اضطراب سلامت را کاهش دهد.

انجام شد. نتیجه حاصل از آزمون پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اضطراب سلامت، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو موثر است. پژوهش‌های پیشین نیز همسو با یافته‌های حاضر نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توانند موجب کاهش اضطراب و نگرانی‌های مرتبط با سلامت در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن شوند؛ برای مثال، ساکاموتو و همکاران (۱۸)، هان و کیم (۲۱) و عباس و همکاران (۱۹) گزارش کرده‌اند که مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر رویکردهای موج سوم شناختی-رفتاری می‌توانند به کاهش اضطراب، استرس و پریشانی روانی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله دیابت کمک کنند.

برای تبیین این یافته می‌توان به سازوکارهای نظری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد. یکی از ویژگی‌های اصلی اضطراب سلامت، درگیری ذهنی مداوم با افکار فاجعه‌آمیز درباره بیماری و تفسیر اغراق‌آمیز نشانه‌های بدنی است (۶). در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، این نگرانی‌ها معمولاً حول احتمال بروز عوارض جدی مانند مشکلات قلبی-عروقی، آسیب‌های عصبی یا نوسانات شدید قند خون شکل می‌گیرد (۷). چنین نگرانی‌هایی اغلب باعث می‌شود فرد به طور مداوم علائم جسمانی خود را پایش کند و هر نشانه کوچکی را به عنوان تهدیدی جدی تعبیر نماید. در نتیجه، چرخه‌ای از نگرانی، توجه بیش از حد به نشانه‌های بدنی و افزایش اضطراب شکل می‌گیرد که می‌تواند فشار روانی قابل توجهی ایجاد کند (۸).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای تلاش برای حذف یا کنترل افکار اضطراب‌آور، به افراد کمک می‌کند تا رابطه متفاوتی با این افکار برقرار کنند (۱۹). در این رویکرد، به بیماران آموزش داده می‌شود که افکار مرتبط با بیماری را صرفاً به عنوان رویدادهای ذهنی مشاهده کنند، نه به عنوان

در نهایت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کمک به بیماران برای شناسایی ارزش‌های شخصی و حرکت در جهت آن‌ها، نوعی تغییر در تمرکز شناختی ایجاد می‌کند. هنگامی که فرد به جای تمرکز افراطی بر علائم بیماری، توجه خود را به ارزش‌های مهم زندگی مانند خانواده، رشد فردی یا سلامت معطوف می‌کند، تجربه ذهنی او از بیماری تغییر می‌یابد. در چنین شرایطی، بیماری دیگر به عنوان مرکز اصلی توجه ذهنی فرد عمل نمی‌کند و در نتیجه نگرانی‌های مرتبط با آن کاهش می‌یابد. این فرایند می‌تواند به شکل قابل توجهی در کاهش اضطراب سلامت بیماران مبتلا به دیابت نقش داشته باشد.

همچنین در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مطالعات پیشین نیز نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توانند موجب افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن شوند؛ به عنوان نمونه، شیما و همکاران (۹)، وانگ و همکاران (۱۰) و رابرتز و همکاران (۱۴) گزارش کرده‌اند که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با سازگاری بهتر با دیابت و رفتارهای مؤثر خودمراقبتی مرتبط است.

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی یکی از مفاهیم مرکزی در رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است و به توانایی فرد برای تجربه افکار و احساسات مختلف بدون اجتناب از آن‌ها و در عین حال حرکت در جهت ارزش‌های شخصی اشاره دارد (۱۰). در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، این توانایی اهمیت ویژه‌ای دارد؛ زیرا این بیماران با مجموعه‌ای از چالش‌های روزمره مانند کنترل رژیم غذایی، پایش قند خون و نگرانی درباره عوارض بیماری مواجه هستند (۱۳). اگر فرد نتواند با این تجربه‌های ناخوشایند به شکل سازگارانه برخورد کند، احتمال دارد به اجتناب، ناامیدی یا کناره‌گیری از رفتارهای خودمراقبتی روی آورد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دقیقاً با هدف افزایش این انعطاف‌پذیری طراحی شده است. این رویکرد از طریق شش فرایند اصلی شامل پذیرش، گسلش شناختی، حضور در لحظه حال، خود به عنوان زمینه، شفاف‌سازی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه عمل می‌کند (۱۹). هر یک از این فرایندها به گونه‌ای طراحی شده‌اند که به فرد کمک کنند رابطه سالم‌تر و معنوف‌تری با تجربه‌های درونی خود برقرار کند.

یکی از مهم‌ترین عوامل ایجاد انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی، درگیری شدید با افکار منفی و باورهای ناکارآمد است (۱۲). برای مثال، برخی بیماران ممکن است باور داشته باشند که ابتلا به دیابت به معنای از دست دادن کنترل بر زندگی یا ناتوانی در دستیابی به اهداف آینده است. چنین باورهایی می‌توانند موجب ناامیدی و کاهش انگیزه برای مراقبت از خود شوند. تکنیک‌های گسلش شناختی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیماران کمک می‌کنند تا این افکار را به عنوان رویدادهای ذهنی موقتی در نظر بگیرند، نه واقعیت‌های قطعی. این فاصله گرفتن شناختی باعث می‌شود فرد آزادی بیشتری در انتخاب رفتارهای سازگارانه داشته باشد.

همچنین، فرآیند «خود به عنوان زمینه» در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد کمک می‌کند تا هویت خود را فراتر از افکار، احساسات یا بیماری تعریف کنند. بسیاری از بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن به تدریج هویت خود را با بیماری یکی می‌کنند و خود را صرفاً به عنوان «یک بیمار» می‌بینند. این نوع همانندسازی می‌تواند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را کاهش دهد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیماران کمک می‌کند درک کنند که اگرچه بیماری بخشی از تجربه زندگی آن‌هاست، اما تمام هویت آن‌ها را تعریف نمی‌کند. این تغییر در درک خود می‌تواند احساس کنترل و توانمندی بیشتری ایجاد کند.

قرار دارد؛ از جمله شدت بیماری، محدودیت‌های جسمانی، نگرانی‌های مرتبط با سلامت و فشارهای روانی ناشی از مدیریت مداوم بیماری (۱۶). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اضطراب، استرس و نگرانی‌های مرتبط با بیماری می‌توانند به طور قابل توجهی کیفیت زندگی این بیماران را کاهش دهند (۱۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند از چند مسیر مختلف به بهبود کیفیت زندگی بیماران کمک کند. نخست آنکه این رویکرد با کاهش اضطراب و استرس روان‌شناختی، به بهبود سلامت روانی بیماران کمک می‌کند. کاهش نگرانی‌های ذهنی و افزایش توانایی پذیرش تجربه‌های درونی باعث می‌شود بیماران احساس آرامش و کنترل بیشتری بر زندگی خود داشته باشند. این تغییرات روان‌شناختی می‌تواند به طور مستقیم بر ارزیابی ذهنی افراد از کیفیت زندگی خود تأثیر بگذارد.

دوم آنکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به بیماران کمک می‌کند تا بهتر با چالش‌های مرتبط با بیماری سازگار شوند. هنگامی که فرد قادر باشد با افکار و احساسات ناخوشایند به شکل پذیرنده‌تری برخورد کند، احتمال دارد کمتر درگیر اجتناب یا ناامیدی شود و در عوض رفتارهای فعالانه‌تری در مدیریت بیماری نشان دهد. چنین رویکردی می‌تواند به بهبود عملکرد روزمره، افزایش احساس کارآمدی و در نهایت ارتقای کیفیت زندگی منجر شود.

مسیر مهم دیگر، تمرکز درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارزش‌های زندگی است. در بسیاری از بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، تمرکز بیش از حد بر محدودیت‌ها و مشکلات ناشی از بیماری می‌تواند باعث شود فرد احساس کند زندگی او معنای سابق را از دست داده است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد کمک می‌کند ارزش‌های مهم زندگی خود را شناسایی کرده و حتی در شرایط دشوار نیز در

علاوه بر این، شفاف‌سازی ارزش‌ها یکی از مؤلفه‌های کلیدی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که نقش مهمی در افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دارد. زمانی که بیماران ارزش‌های مهم زندگی خود را شناسایی می‌کنند، انگیزه بیشتری برای انجام رفتارهای سلامت‌محور پیدا می‌کنند. برای مثال، فردی که خانواده را یکی از ارزش‌های اصلی زندگی خود می‌داند، ممکن است مراقبت از سلامت خود را به عنوان راهی برای حضور فعال‌تر در کنار خانواده تلقی کند. این ارتباط میان ارزش‌ها و رفتارها باعث می‌شود افراد حتی در مواجهه با افکار و احساسات ناخوشایند نیز به مسیرهای سازگارانه ادامه دهند.

بنابراین، از آنجا که هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است، انتظار می‌رود اجرای این مداخله در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بتواند توانایی آن‌ها را در پذیرش تجربه‌های درونی، فاصله گرفتن از افکار منفی و انتخاب رفتارهای ارزش‌محور افزایش دهد. این تغییرات در نهایت موجب افزایش سطح انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در این بیماران می‌شود.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو یافته‌های پژوهش‌های پیشین نیز نشان داده‌اند که مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توانند کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن را بهبود بخشند؛ برای مثال، هان و کیم (۲۱) و ساکاموتو و همکاران (۱۸) گزارش کرده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند موجب کاهش پریشانی روانی و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی در افراد مبتلا به مشکلات سلامت شود. کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی است که ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی زندگی فرد را در بر می‌گیرد (۱۵). در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، کیفیت زندگی تحت تأثیر عوامل متعددی

جهت این ارزش‌ها حرکت کنند. این فرایند می‌تواند احساس معنا، هدفمندی و رضایت از زندگی را افزایش دهد که از مؤلفه‌های مهم کیفیت زندگی به شمار می‌روند.

همچنین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تقویت مهارت‌های ذهن آگاهی و حضور در لحظه حال به بیماران کمک می‌کند تجربه‌های مثبت زندگی را بیشتر درک کنند. بسیاری از افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن بخش زیادی از توجه خود را به نگرانی‌های آینده یا مشکلات گذشته معطوف می‌کنند. تمرین‌های ذهن آگاهی می‌توانند توجه فرد را به تجربه‌های مثبت روزمره مانند روابط اجتماعی، فعالیت‌های لذت‌بخش یا احساسات خوشایند معطوف کنند. این تغییر در الگوی توجه می‌تواند ادراک فرد از کیفیت زندگی را بهبود بخشد. در مجموع، به نظر می‌رسد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق کاهش پریشانی روانی، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، تقویت رفتارهای ارزش‌محور و بهبود سازگاری با بیماری می‌تواند نقش مؤثری در ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو ایفا کند.

به طور کلی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر پذیرش تجربه‌های درونی، گسلش شناختی و حرکت در مسیر ارزش‌های فردی می‌تواند چرخه نگرانی و درگیری ذهنی با بیماری را کاهش دهد و در نتیجه اضطراب سلامت بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را کاهش دهد. همچنین این رویکرد از

طریق تقویت فرایندهای روان‌شناختی اساسی، موجب افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و توانایی سازگاری بیماران با چالش‌های ناشی از بیماری می‌شود. در نهایت، ترکیب این تغییرات روان‌شناختی می‌تواند به بهبود ادراک بیماران از زندگی، افزایش احساس معنا و ارتقای کیفیت زندگی آنان منجر شود.

ازجمله این محدودیت‌ها، محدود بودن نمونه به جامعه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شهر تهران است که این امر امکان تعمیم‌یافته‌ها به سایر جوامع و گروه‌های سنی را کاهش می‌دهد؛ لذا، انجام مطالعات بیشتر جهت شناسایی عوامل بهینه و مؤثر در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. همچنین، حجم نمونه کم و استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر محسوب می‌شود. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی، بر روی بیماران سایر شهرها نیز انجام شود.

تشکر و قدردانی

نویسنده از تمامی کسانی که در این راستا با محقق همکاری نمودند کمال تشکر را دارد.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

References

1. DeFronzo RA, Ferrannini E, Groop L, Henry RR, Herman WH, Holst JJ, Hu FB, Kahn CR, Raz I, Shulman GI, Simonson DC. Type 2 diabetes mellitus. *Nature reviews Disease primers*. 2015 Jul 23;1(1):15019.
2. Su J, Luo Y, Hu S, Tang L, Ouyang S. Advances in research on type 2 diabetes mellitus targets and therapeutic agents. *International Journal of Molecular Sciences*. 2023 Aug 29;24(17):13381.
3. Shamsutdinova D, Das-Munshi J, Ashworth M, Roberts A, Stahl D. Predicting type 2 diabetes prevalence for people with severe mental illness in a multi-ethnic East London population. *International Journal of Medical Informatics*. 2023 Apr 1;172:105019.
4. Tempia Valenta S, Nicastrì A, Perazza F, Marcolini F, Beghelli V, Atti AR, Petroni ML. The impact of GLP-1 receptor agonists (GLP-1 RAs) on mental health: a systematic review. *Current Treatment Options in Psychiatry*. 2024 Dec;11(4):310-57.
5. Ducat L, Rubenstein A, Philipson LH, Anderson BJ. A review of the mental health issues of diabetes conference. *Diabetes care*. 2015 Feb 1;38(2):333-8.
6. Sweileh WM, Zyoud SE, Abu Nab'a RJ, Deleq MI, Enaia MI, Nassar SA, Al-Jabi SW. Influence of patients' disease knowledge and beliefs about medicines on medication adherence: findings from a cross-sectional survey among patients with type 2 diabetes mellitus in Palestine. *BMC public health*. 2014 Jan 30;14(1):94.
7. Batool A, Sadiq R. Comparison of Diabetes Related Distress and Psychological Well-being among Patients with Type I and Type II Diabetes Mellitus. *Pakistan Journal of Medical Research*. 2018 Oct 1;57(4).
8. Oktafia R, Indriastuti NA, Kusuma AN. Association between spiritual well-being and anxiety among high-risk pregnant women. *Age*. 2021 Dec 30;30:5-911.
9. Iina A, Mirka J, Laura J, Joon M, Raimo L. Adolescents with poorly controlled type 1 diabetes: Psychological flexibility is associated with the glycemic control, quality of life and depressive symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2021 Jan 1;19:50-6.
10. Iina A, Mirka J, Laura J, Joon M, Raimo L. Adolescents with poorly controlled type 1 diabetes: Psychological flexibility is associated with the glycemic control, quality of life and depressive symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2021 Jan 1;19:50-6.
11. Chen H, Abdelrasheed NS, Mecheser AE, Tayyib NA, Ramaiah P, Prasad KD, Estrada-Araoz EG, Alkhayyat S, Ramadan MF, Abdollahi A. Mediating role of self-compassion in the relationship between psychological flexibility and psychological well-being in women with breast cancer.
12. Maor M, Zukerman G, Amit N, Richard T, Ben-Itzhak S. Psychological well-being and adjustment among type 2 diabetes patients: the role of psychological flexibility. *Psychology, Health & Medicine*. 2022 Aug 9;27(7):1456-67.
13. Bodziony V. Understanding associations between chronic illness identity, psychological flexibility, and type 2 diabetes emotional, behavioral, and psychosocial functioning. 2023.
14. Maor M, Zukerman G, Amit N, Richard T, Ben-Itzhak S. Psychological well-being and adjustment among type 2 diabetes patients: the role of psychological flexibility. *Psychology, Health & Medicine*. 2022 Aug 9;27(7):1456-67.

15. Garg P, Duggal N. Type 2 diabetes mellitus, its impact on quality of life and how the disease can be managed-a review. *Obesity Medicine*. 2022 Oct 1;35:100459.
16. Su J, Luo Y, Hu S, Tang L, Ouyang S. Advances in research on type 2 diabetes mellitus targets and therapeutic agents. *International Journal of Molecular Sciences*. 2023 Aug 29;24(17):13381.
17. Younossi Z, Aggarwal P, Shrestha I, Fernandes J, Johansen P, Augusto M, Nair S. The burden of non-alcoholic steatohepatitis: A systematic review of health-related quality of life and patient-reported outcomes. *JHEP Reports*. 2022 Sep 1;4(9):100525.
18. Sakamoto R, Ohtake Y, Kataoka Y, Matsuda Y, Hata T, Otonari J, Yamane A, Matsuoka H, Yoshiuchi K. Efficacy of acceptance and commitment therapy for people with type 2 diabetes: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Diabetes Investigation*. 2022 Feb;13(2):262-70.
19. Abbas Q, Latif S, Ayaz Habib H, Shahzad S, Sarwar U, Shahzadi M, Ramzan Z, Washdev W. Cognitive behavior therapy for diabetes distress, depression, health anxiety, quality of life and treatment adherence among patients with type-II diabetes mellitus: a randomized control trial. *BMC psychiatry*. 2023 Feb 3;23(1):86.
20. Ma TW, Yuen AS, Yang Z. The efficacy of acceptance and commitment therapy for chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *The Clinical journal of pain*. 2023 Mar 1;39(3):147-57.
21. Han A, Kim TH. Efficacy of internet-based acceptance and commitment therapy for depressive symptoms, anxiety, stress, psychological distress, and quality of life: systematic review and meta-analysis. *Journal of medical Internet research*. 2022 Dec 9;24(12):e39727.
22. Silva ML, Bernardo MA, Singh J, de Mesquita MF. Cinnamon as a complementary therapeutic approach for dysglycemia and dyslipidemia control in type 2 diabetes mellitus and its molecular mechanism of action: A review. *Nutrients*. 2022 Jul 5;14(13):2773.
23. Jafari F, Pourhasannejad F, Kamkar M, Daneshi S. Predicting health anxiety based on metacognitive beliefs, alexithymia, and experiential avoidance among nurses. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2023;12(1):102-113.
24. Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive therapy and research*. 2010 Jun;34(3):241-53.
25. Borji M, Arabzadeh M, Zahed S. The relationship between metacognitive strategies and academic persistence in students: the mediating role of cognitive flexibility. *Royesh-e Ravanshenasi (Psychology Growth)*. 2024;13(3):55-64.
26. Suárez L, Tay B, Abdullah F. Psychometric properties of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment in Singapore. *Quality of Life Research*. 2018 Nov;27(11):2945-52.
27. Joshi U, Subedi R, Poudel P, Ghimire PR, Panta S, Sigdel MR. Assessment of quality of life in patients undergoing hemodialysis using WHOQOL-BREF questionnaire: a multicenter study. *International journal of nephrology and renovascular disease*. 2017 Jul 19:195-203.
28. Nejat S, Montazeri A, Holakouei K, Mohammad K, Majdzadeh SR. Standardization of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): translation and psychometric evaluation of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2006;4(4):1-12.

29. Soleimani T. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on subjective well-being, death anxiety, and hope in veterans [Master's thesis]. Semnan: Semnan University, Faculty of Psychology and Educational Sciences; 2019.

*Original Article***The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on health anxiety, psychological resilience, and quality of life in patients with type 2 diabetes**

Received: 26/09/2024 - Accepted: 09/01/2025

Nafise Bahlake Qaravi^{1*}*1 Department of Psychology, Sha.C., Islamic Azad University, Shahrud, Iran. (Corresponding Author)*

Email: nfyshbhlkh@gmail.com

Abstract**Introduction:** The present study aimed to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on health anxiety, psychological flexibility, and quality of life in patients with type 2 diabetes.**Methods:** The research method was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design with a control group and a three-month follow-up period. The statistical population of the study included patients with type 2 diabetes referring to medical centers in Tehran in 2024. From this population, 30 people were selected by convenience sampling and randomly assigned to two experimental and control groups (15 people in each group). The research instruments included the Salkoskis and Warwick Health Anxiety Questionnaire (2002), the Dennis and Vanderwaal Cognitive Flexibility Questionnaire (2010), and the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF). The experimental group participated in eight 90-minute group sessions of acceptance and commitment therapy, while the control group did not receive any intervention. Data were collected in three stages: pre-test, post-test, and follow-up. Repeated-measures analysis of variance and SPSS version 26 software were used to analyze them.**Results:** The results showed that acceptance and commitment therapy significantly reduced health anxiety and increased psychological flexibility and quality of life in patients with type 2 diabetes ($P < 0.01$). The effects of this intervention also remained stable at the three-month follow-up stage.**Conclusion:** Therefore, it can be concluded that acceptance and commitment therapy can be used as an effective psychological intervention in improving the mental state and improving the quality of life of patients with type 2 diabetes.**Keywords:** Acceptance And Commitment Therapy, Health Anxiety, Psychological Flexibility, Quality Of Life