



مقایسه اثربخشی درمان امیدمحور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب مرگ بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی سلامت، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
استادیار، گروه روان‌شناسی سلامت، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
استادیار، گروه روان‌شناسی عمومی و کودکان استثنایی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

سیمین سلیمانی ^{id}

لیدا لیل‌آبادی* ^{id}

مرجان جعفری روشن ^{id}

lida.leilabadi@gmail.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۳۰

دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۱۵

فصلنامه علمی پژوهشی خانواده‌درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰
<http://Aftj.ir>

دوره ۴ | شماره ۲ پیاپی ۱۵ | ۳۲۴-۳۳۹
تابستان ۱۴۰۲

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(سلیمانی و همکاران، ۱۴۰۲)

در فهرست منابع:

سلیمانی، سیمین، لیل‌آبادی، لیدا، و جعفری روشن، مرجان. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان امیدمحور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب مرگ بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *خانواده‌درمانی کاربردی*. ۳۲۴-۳۳۹، (۱)۴.

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان امید محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب مرگ بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود. **روش پژوهش:** پژوهش حاضر یک طرح نیمه آزمایشی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری بود که تعداد ۴۵ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به انجمن دیابت ایران که واجد ملاک‌های ورود به پژوهش بودند با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند، برای گروه آزمایش، درمان امید محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اجرا شد اما گروه کنترل هیچ نوع درمانی دریافت نکرد. هر دو گروه پیش از انجام مداخله و پس از آن پرسش‌نامه افسردگی (بک و همکاران، ۱۹۹۶) و اضطراب مرگ (تمپلر، ۱۹۷۰) را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس آمیخته مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد اثربخشی درمان امید محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش افسردگی و اضطراب مرگ بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شده است و در تفاوت اثر بخشی بین دو درمان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان امید محور موجب کاهش افسردگی بهتر با اثربخشی بالاتر نسبت به درمان امید محور در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شد ($p=0/05$). **نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌کند در کنار پیروی از درمان‌های دارویی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان امید محور جهت بهبود افسردگی و اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو می‌توان استفاده کرد تا به این وسیله از عوارض بیماری، پیشگیری به عمل آید.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، اضطراب مرگ، درمان امید محور، درمان پذیرش و تعهد، دیابت

مقدمه

دیابت یکی از بیماری‌های شایع در ایران و جهان، مزمن، پیشرونده و پرهزینه است و عوارض متعددی نیز ایجاد می‌کند. این بیماری که یکی از چالش‌های عمده بهداشتی است، به صورت گسترده زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار داده و به خودی خود فشارهای روانی زیادی به همراه دارد و افراد باید برای تمام عمر با آن کنار بیایند (موسی‌زاده، ادیب و متولی، ۱۳۸۸). از طرفی، تعیین نوع دیابت، وابسته به شرایطی است که بیماری در آن هنگام بروز می‌کند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند بیش از نود درصد افراد مبتلا به دیابت، به نوع دوم آن مبتلا هستند (قرشی و همکاران، ۱۳۹۹). با توجه به اینکه دیابت نوع دو، ناشی از عدم توانایی بدن برای تولید یا کاربرد انسولین است (زهانگ و همکاران، ۲۰۰۸). می‌تواند با عوارض طولانی مدت مانند کاهش سلامت روانی، عدم پیگیری مناسب درمان‌های دارویی و رژیم (گونزالز و پیروت، ۲۰۰۸)، افزایش مرگ و میر (فیشر، ۲۰۰۸) و هزینه‌های بالای مراقبت‌های بهداشتی همراه باشد (نواسروویا و همکاران، ۲۰۰۷). بیماری دیابت یک بیماری روان‌تنی است که با عوارض و مشکلات همراه، تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی فردی و خانوادگی گذاشته و مسئول حداقل ده درصد از کل هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی بسیاری از کشورهای جهان می‌باشد (رامش و همکاران، ۱۳۹۹). از میان جنبه‌های روان‌شناختی همراه دیابت، بر هیجان‌های منفی تأکید شده است (بوینی، ۲۰۰۳). بر این اساس هیجان‌های منفی ناشی از افسردگی و اضطراب نه تنها زمینه‌ساز بیماری دیابت هستند (دیت، ۲۰۱۳)، بلکه پاسخ‌های هیجانی را نیز پدید می‌آورند (لت، ۲۰۰۵). از سویی اختلال افسردگی شامل یک دوره زمانی حداقل دو هفته‌ای است که ضمن آن خلق افسرده با بی‌علاقگی یا فقدان احساس لذت تقریباً در همه کارها وجود دارد (چریستنسن و همکاران، ۲۰۱۷)؛ و یکی از شایع‌ترین مشکلات روحی، روانی است که با نداشتن انگیزه، عدم تحمل شکست، کاهش میل جنسی، کم یا زیاد شدن اشتها، کاهش انرژی، خستگی زودرس، اختلال خواب و... همراه است (ایکسانگ، لگت، هیمل و کالس، ۲۰۱۸). طبق پژوهش‌های انجام شده، میزان افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت، دو برابر این میزان در افراد سالم است (گولدن، ۲۰۰۴). به عبارتی افسردگی می‌تواند با ایجاد بی‌اشتهایی، بی‌نظمی در رژیم غذایی و عدم تمایل به تزریق انسولین از طرف بیمار همراه باشد که در نهایت کنترل بیماری را مشکل می‌کند (مدهو و سریده‌هار، ۲۰۰۵).

همینطور اضطراب نیز با دیابت همبودی داشته و می‌تواند اثرات منفی بر کنترل بیماری بگذارد. اضطراب با افزایش سطح هورمون‌های استرس منجر به افزایش قندخون یا تشدید قندخون بالا شده (ککیر و همکاران، ۲۰۱۴). و یکی از انواع اضطراب که در بیماران دیابتی می‌تواند مورد بررسی قرار گرفته، اضطراب مرگ است. اضطراب مرگ شامل آشفتگی به هنگام فکر کردن درباره مرگ بوده و می‌تواند سبب کاهش مؤثر بودن، نداشتن برنامه مفید برای روزهای باقی‌مانده زندگی و کاهش سلامت روان شده (برنت و همکاران، ۲۰۱۸)؛ و عموماً به‌عنوان احساس ناراحتی همراه با ترس معطوف به مرگ خود یا دیگران شناخته می‌شود که با در نظر گرفتن مرگ به‌عنوان پایان حیات یا تجسم مراسم تدفین برانگیخته می‌شود (فایرستون و کنتلت، ۲۰۱۰). در اصل تجربه اضطراب مرگ، تجربه‌ای طبیعی و نرمال است و حتی داشتن این اضطراب در حد متعادل در زندگی برای فرد لازم بوده و باعث به‌فعالیت واداشتن وی در برخی مسیرهای مثبت می‌گردد. اما اگر این اضطراب از حد متعارف فراتر رود، برای سازگاری فرد مناسب نبوده و سبب حاد شدن شرایط استرس‌زا، احساس پوچی و ناامیدی در زندگی می‌گردد (قربانعلی‌پور و همکاران، ۱۳۸۹). در این

میان بیمارانی که تشخیص‌های مخاطره‌آمیزی مانند دیابت و سرطان برای آن‌ها مطرح است و ناگزیر به رویارویی با مرگ خویش هستند، احساس این اضطراب می‌تواند با اختلال در بُعد روحی، روانی کیفیت زندگی آنان را تحت‌تأثیر قرار دهد (هارمون-جونز، ۱۹۹۷). همچنین نظریه روان‌شناسی وجودی علت کژکاری‌های انسانی را در اضطراب‌های بنیادین وجودی می‌جوید که مهم‌ترین آن‌ها اضطراب مرگ است و علت ابتلای افراد به اختلال‌های روان‌شناختی را در عدم روبه‌رو شدن این افراد با مسائل مهم وجودی خود میدانند که با انکار و مواجهه نشدن با آن ظاهراً درصد مراقبت از خود هستند در حالی که این انکار تبدیل به اضطراب روان رنجوری می‌شود لازم به ذکر است که بشر از طریق روش‌هایی جهت مواجهه نشدن با مرگ از خود محافظت می‌کند اما این اضطراب در آن‌ها باقی‌مانده و در شرایط روان‌شناختی متعدد بروز می‌کند؛ مطالعات گسترده به ردپای حضور اضطراب مرگ در اختلال‌های اضطرابی از جمله فوبی خاص، اضطراب اجتماعی، اضطراب جدایی و اضطراب فراگیر پی برده‌اند (ملک‌شاهی‌بیرانوند و همکاران، ۱۳۹۸).

درمان امیدمحور یکی از جدیدترین رویکردهای درمانی است که می‌تواند در ارتقای سطح کیفیت زندگی در بیماران صعب‌العلاج و مزمن نقش مهمی داشته باشد (اسنایدر، ۲۰۰۰؛ گراول و پورتر، ۲۰۰۷). در مطالعه‌ای وناند (۲۰۱۸) به اهمیت امید در بهزیستی بیماران مبتلا به دیابت تأکید کرده؛ بیشتر پژوهش‌ها نیز بر ارتباط بین امید و ساختار روان‌شناختی متمرکز بوده و تعداد اندکی نیز امید را به صورت مستقیم به نتایج جسمی ارتباط داده‌اند (گالاگر، ۲۰۱۸). همچنین درمان امیدمحور به جای تمرکز صرف بر ضعف‌های انسان، بر مبنای رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا (پارساکیا و همکاران، ۲۰۲۲)، بر قابلیت‌های فردی متمرکز است (موید قاعدی و قربان شیروودی، ۱۳۹۵). در پژوهش‌ها امید عنصر معناداری در زندگی معرفی شده و به افراد برای سازگاری با بیماری، کاهش درد و رنج، افزایش کیفیت زندگی و سلامت روانی و اجتماعی کمک می‌کند. امید عنصری ضروری در زندگی بیماران مزمن با اثرات بالا در تطابق و سازگاری با بیماری بوده و نقش عمده‌ای در کیفیت زندگی ایفا می‌کند. امید می‌تواند مراحل مختلف بیماری را تحت‌تأثیر خود قرار داده و به‌عنوان یک نیروی درونی تعریف شده که می‌تواند زندگی را غنی ساخته و بیماران را به یک چشم‌انداز دورتر امیدوار سازد (عبدی و همکاران، ۱۳۸۸).

از درمان دیگری که برای افراد مبتلا به دیابت می‌توان بهره برد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. در این درمان، مراجعین هدایت می‌شوند تا افکار و هیجانات را از خود جدا دیده که این امر به درمانگران اجازه می‌دهد تا چارچوب رابطه‌ای و حالات شناختی منفی را اصلاح کنند. این راهبرد درمانی شبیه برونی کردن در روایت درمانی است (رولاند، ۲۰۱۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شکلی از تجزیه و تحلیل رفتار بالینی است که در روان‌درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد (هایز و همکاران، ۲۰۱۳) با توجه به ماهیت چندبُعدی بیماری دیابت و اختلال‌های روانی همراه با این بیماری، مداخله‌ای نیرومند و جامع جهت بهبود اختلال‌های روان‌شناختی همراه این بیماری ضروری به‌نظر می‌رسد، از آنجایی که دیابت آسیب‌های روان‌شناختی به همراه دارد، پای‌بندی و انگیزه به درمان را نیز ممکن است کاهش دهد؛ با توجه به اهمیت دیابت و شیوع فراوان و همچنین هزینه‌های سنگین درمانی، به‌نظر می‌رسد که مداخلات روان‌شناختی می‌توانند بیمار را در خط درمان و در مسیر بهبودی نگه دارند. از این رو با استفاده از امیددرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انگیزه فرد جهت درمان افزایش یافته و با افزایش انگیزه

درمان، مراقبت فرد از خود بیشتر خواهد شد و در نتیجه رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی ارتقا یافته و اضطراب مرگ و افسردگی کاهش می‌یابد.

بنابراین شناسایی و درمان به موقع دیابت کمک بزرگی به بهبود بیماران نموده و بازتوانی نیز نقص فعالیت‌های اجتماعی آنان را کاهش می‌دهد علاوه بر این، با توجه به مشکلات روحی، روانی عدیده‌ای که افراد دارای دیابت با آن درگیر هستند و با توجه به تأثیر روان بر جسم و جسم بر روان، اندیشیدن تدابیری در جهت کاهش علائم روانی امری ضروری قلمداد می‌شود (جعفرزاده و همکاران، ۱۴۰۱). در این بین، با توجه به نقش امید در پذیرش و پیروی از درمان، امیدبخشی به زندگی آنان، امری ضروری است و بیماران مبتلا به دیابت نیز از این امر مستثنی نیستند همینطور افراد در میزان آسیب‌پذیری نسبت به بیماری‌های روانی با یکدیگر تفاوت‌های زیستی، شخصیتی و فردی دارند، اما میزان این تفاوت‌ها تحت تأثیر موقعیت اجتماعی-فرهنگی و سلامت جسمی افراد قرار می‌گیرد؛ لذا توجه به کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با سلامت روان در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، امری بسیار مهم به‌نظر می‌رسد. از آنجایی که فشارهای روانی می‌توانند بر بیماری‌های جسمی تأثیر بگذارند و رشد آن را تسریع کنند؛ و با توجه به شیوع بالای دیابت مداخلات روان‌شناختی برای پیشگیری از عوارض و مشکلات روانی همراه دیابت از اهمیت بالایی برخوردار است از این رو با به‌کارگیری این مداخلات، دیابت از یک بیماری غیرقابل علاج به یک بیماری مزمن و در مواردی قابل علاج تبدیل خواهد شد. بررسی پیشینه پژوهشی نشان داده که درمان امیدمحور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند مشکلات مرتبط با خودمدیریتی را بهبود بخشیده و در نتیجه موجب بهبود افسردگی و اضطراب مرگ همراه با بیماری مزمن دیابت نوع دو شود. همچنین از جنبه جدید بودن و نوآوری پژوهش، کمتر پژوهشی را می‌توان یافت که به بررسی تفاوت اثربخشی دو روش درمانی بر متغیرهای افسردگی و اضطراب مرگ در افراد مبتلا به دیابت نوع دو پرداخته باشد و این در نوع خود منحصر به فرد است. ضمن این که می‌توان عنوان کرد در این پژوهش با استفاده از دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان امیدمحور اثربخشی تفاوت دو روش درمان مقایسه شده و به اینکه کدام روش اثربخشی بالاتری خواهد داشت پرداخته شده است.

روش پژوهش

با استفاده از طرح نیمه آزمایشی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران مبتلا به دیابت دو بودند که عضو انجمن دیابت ایران (واقع در شهر تهران، خیابان پاتریس لومومبا) در سال ۱۴۰۰ بودند. بر اساس نظر دلاور (۱۳۸۷) حجم نمونه لازم برای انجام پژوهش‌های مداخله‌ای حداقل ۱۵ نفر می‌باشد. لذا در این پژوهش ۴۵ بیمار با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شد. گروه آزمایشی درمان پذیرش و تعهد و گروه درمانی امیدمحور در ۸ جلسه تحت پروتکل درمانی مربوطه قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماند. روند اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از هماهنگی با انجمن دیابت ایران، و با توجه به معیارهای ورود و خروج از مطالعه نمونه‌ها انتخاب گردید. معیارهای ورود به پژوهش شامل تشخیص دیابت نوع دو بر اساس نظر پزشک متخصص غدد، دامنه سنی ۳۰ تا ۶۰ سال، گذشتن حداقل یک سال از آغاز بیماری آنان، عدم ابتلا به عوارض دیابتی شدید که مانع از انجام پژوهش گردد، عدم وجود

عقب ماندگی ذهنی و هر گونه اختلال روان شناختی شدید طبق پرونده بیمار، عدم دریافت داروهای روان‌پزشکی حداقل ۶ ماه قبل از آغاز پژوهش، عدم دریافت درمان‌های روان شناختی (غیردارویی) حداقل یک سال قبل از آغاز پژوهش، میزان هموگلوبین‌ای وان سی بالاتر از ۸ بوده و معیارهای خروج شامل بستری شدن در بیمارستان در طول انجام پژوهش و غیبت بیش از سه جلسه در درمان بود. قبل از ورود بیماران به پژوهش در مورد چگونگی طرح و اهداف مداخله توضیح لازم داده شد و از شرکت کنندگانی که تمایل به حضور در پژوهش داشتند رضایت نامه کتبی اخذ گردید. قبل از شروع پروتکل درمانی امید محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد مورد مطالعه، پیش‌آزمون انجام دادند و در انتهای پروتکل درمانی نیز پس‌آزمون اجرا شد همچنین دو ماه پیگیری نیز جهت ثبات درمان انجام شد ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسش‌نامه افسردگی بک و اضطراب مرگ تمپلر بود. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم افزار SPSS ۲۲ در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل واریانس آمیخته) انجام پذیرفت.

ابزار پژوهش

۱. پرسش‌نامه افسردگی بک: این ابزار یک پرسش‌نامه ۲۱ سؤالی خودگزارش‌دهی است و یکی از پرکاربردترین ابزارهای سنجش افسردگی است که برای سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده ساخته شده است (بک و همکاران، ۱۹۹۶). پرسش‌نامه در طیف ۴ درجه‌ای لیکرت از ۰ تا ۳ درجه‌بندی شده و نمره کلی از ۰ تا ۶۳ است. با نمره برش ۱۸ می‌توان تا ۹۲ درصد، بیماران دارای اختلال افسردگی اساسی را به درستی تشخیص داد (آرنایو و همکاران، ۲۰۰۱). طراحان آن، نمره ۱۰ و بالاتر را افسردگی خفیف، نمره ۲۰ تا ۲۸ را افسردگی متوسط و نمره ۲۹ تا ۶۳ را افسردگی شدید در نظر گرفته‌اند. بک و استر و براون (۱۹۹۶)، همسانی درونی ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ را گزارش نموده‌اند. قاسم‌زاده و همکاران (۲۰۰۵)، آلفای کرونباخ ۰/۸۷ را برای پایایی ضریب همبستگی ۰/۷۴ را برای پایایی بازآزمایی و ضریب همبستگی ۰/۷۷ با پرسش‌نامه افکار خودآیند را برای روایی این پرسش‌نامه گزارش نموده‌اند.

۲. پرسش‌نامه اضطراب مرگ: پرسش‌نامه اضطراب مرگ توسط تمپلر (۱۹۷۰) طراحی شده. این پرسش‌نامه برای اندازه‌گیری اضطراب مرگ است که بیشترین کاربرد را در نوع خود داشته و نگرش افراد به موضوعات مربوط به مرگ را اندازه می‌گیرد و در مقایسه با مقیاس‌های مشابه، طیف گسترده‌ای از تجارب مربوط به مرگ را می‌سنجد. این پرسش‌نامه یک ابزار خود گزارش‌دهی است که از ۱۵ سؤال صحیح (۱) و غلط (۰) تشکیل یافته است. بالاترین نمره‌ای که فرد در این آزمون می‌تواند کسب کند ۱۵ و پایین‌ترین نمره ۰ می‌باشد. افرادی که نمره بالایی در این آزمون به دست می‌آورند، دچار سطح بالایی از اضطراب مرگ هستند. تمپلر (۱۹۷۰)، ضریب پایایی این آزمون را در مرحله بازآزمایی ۰/۸۳ گزارش نموده است. در پژوهش رجیبی و بحرانی (۱۳۸۰)، ضریب اعتبار دو نیمه‌سازی مقیاس اضطراب مرگ را ۰/۶۲ به دست آورده‌اند. همچنین پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ بررسی شد که مقدار این ضرایب برای کل پرسش‌نامه معادل ۰/۷۳ به دست آمد. تمپلر (۱۹۷۰)، روایی این ابزار را در حد مطلوب گزارش نموده است. در پژوهش رجیبی و بحرانی (۱۳۸۰)، جهت تعیین روایی همبستگی سؤالات پرسش‌نامه با یکدیگر و با نمره کل نیز محاسبه شده که به جز سؤال ۱۵ بقیه سؤالات همبستگی معنی‌داری با نمره کل داشتند و

دامنه همبستگی بین ۰/۲۷ تا ۰/۶۱ متغیر است. همینطور نسخه ۵۱ گویه‌ای مقیاس توسط شریف‌نیا، پهلوان شریف، گودرزینان، حق‌دوست، عبادی، سلیمانی (۱۳۹۵) جهت ویژگی‌های روانسنجی آن در نمونه‌ای از جانبازان شیمیایی در ایران مورد بررسی قرار گرفته؛ درنتیج این بررسی ثبات درونی سوالات مقیاس اضطراب مرگ تمپلر به کمک آلفای کرونباخ، ۰/۸۸ محاسبه شده و پایایی سازه اضطراب مرگ تمپلر بیش از ۰/۷۰ بدست آمده است.

یافته‌ها

در این بخش به بررسی ویژگی‌های توصیفی متغیرهای افسردگی و اضطراب مرگ در سه اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری پرداخته شده است. نتایج در جدول ۱ نمایش داده شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرها به تفکیک پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیرها	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف استاندارد	کشیدگی	کجی
پیش‌آزمون افسردگی	۷/۰۰	۳۸/۰۰	۱۹/۷۱۱	۷/۱۴۹	/۷۲۸	/۰۰۱
پس‌آزمون افسردگی	۲/۰۰	۳۸/۰۰	۱۴/۶۲۲	۸/۲۴۱	/۸۷۲	/۷۰۲
پیگیری افسردگی	۲/۰۰	۳۵/۰۰	۱۴/۱۷۷	۷/۶۲۸	/۶۰۷	/۱۴۱
پیش‌آزمون اضطراب مرگ	۳/۰۰	۱۴/۰۰	۸/۸۰۰	۲/۴۶۴	/۰۶۰	-/۰۴۱
پس‌آزمون اضطراب مرگ	۱/۰۰	۱۴/۰۰	۶/۸۶۶	۲/۸۹۶	/۳۲۱	-/۱۳۹
پیگیری اضطراب مرگ	۱/۰۰	۱۳/۰۰	۶/۵۳۳	۲/۷۶۸	/۳۷۰	-/۰۴۲

همانطور که در جدول ۱ نشان داده شده است. میزان کجی و کشیدگی طبیعی است. بر اساس مطالعات کلر (۲۰۱۵) حد نرمال کشیدگی و کجی بین ۲ تا ۲- است و چنانچه مقدار کجی و کشیدگی بین این دو باشد، نشان از طبیعی بودن متغیرهای مورد بررسی دارد. به عبارت دیگر نشان می‌دهد که کجی و کشیدگی در داده‌ها اختلال جدی در نتایج به وجود نخواهد آورد.

جدول ۲. نتایج آزمون اثرات چند متغیری

آزمون	اثر	ارزش F	درجه آزادی خطا	درجه آزادی اثر	سطح معناداری	مجذور ای‌تا
آزمون پیلایی	زمان	۳۷/۴۹۲	۲	۴۱	۰/۰۰۱	۰/۶۴
آزمون پیلایی	زمان*گروه	۳/۵۶۴	۴	۸۴	۰/۰۱	۰/۱۴

یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد که متغیر افسردگی هم در بین زمان‌ها (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) $(F(۲,۴۱) = ۳۷/۴۹۲ P < ۰/۰۰۱)$ و هم در تعامل زمان و گروه $(F(۴,۸۴) = ۳/۵۶۴ P < ۰/۰۰۱)$ تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر اثر زمان و تعامل زمان و گروه در متغیر وابسته معنادار است و شرط لازم برای انجام تحلیل واریانس آمیخته وجود دارد. از آنجایی که کرویت ماتریس واریانس-

کوواریانس از طریق آزمون کرویت موخلی پذیرفته نگردید، لذا فرض کرویت رد می‌شود. بنابراین برای آزمون اثرات درون گروهی زمان (پیش، پس و پیگیری) از آزمون گرین‌هاوس-گیسر به عنوان شاخص آماری چند متغیری استفاده گردید.

جدول ۳. نتایج آزمون اثرهای بین گروهی

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
عرض از مبدا	۹۱۹/۳۵۲۹۹	۱	۹۱۹/۳۵۲۹۹	۲۷۳/۳۷۴	۰/۰۰۱	۰/۸۶
گروه	۴۱۵/۱۶۳۲	۲	۲۰۷/۸۱۶	۶/۳۲۱	۰/۰۰۴	۰/۲۳
خطا	۳۳۳/۵۴۲۳	۴۲	۱۲۷/۱۲۹			

همانطور که در جدول ۳ قابل مشاهده است، اثر بین گروهی معنادار است ($P < ۰/۰۰۱$) $۳۷/۴۹۲ = F(۴۱،۲)$. این یافته، مقایسه پذیری متغیر افسردگی در میان گروه‌های آزمایشی درمان امید محور و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و همچنین گروه کنترل را نشان می‌دهد. به عبارت دیگر نوع مداخله بر متغیر افسردگی گروه مورد مطالعه اثر داشت و حداقل بین دو گروه از گروه‌های مورد مطالعه این تفاوت معنادار می‌باشد. همچنین مقدار جزئی ایتا نیز نشان می‌دهد که تقریباً ۲۳ درصد از تغییرات در نمره افسردگی بوسیله گروه‌های درمانی قابل تبیین است. با توجه به معناداری تفاوت بین گروه‌ها، مقایسه میانگین‌ها صورت گرفت. از آنجایی که حجم نمونه در سه گروه مورد مطالعه با هم برابر بودند و مفروضه همسانی واریانس‌ها نیز صدق می‌کرد، بنابراین از آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه نمرات افسردگی در بین گروه‌ها استفاده گردید. نتایج حاصل از مقایسه میانگین‌های بین گروه‌ها در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۴. مقایسه میانگین متغیر افسردگی در گروه‌های مورد مطالعه

گروه I	گروه J	تفاوت میانگین (I-J)	انحراف استاندارد	سطح معناداری
گروه درمان امید محور	گروه پذیرش و تعهد	۲/۹۷۸	۲/۳۹۶	/۶۶۲
گروه درمان امید محور	گروه کنترل	-۵/۴۲۲	۲/۳۹۶	/۰۸۷
گروه درمان پذیرش و تعهد	گروه امید محور	-۲/۹۷۸	۲/۳۹۶	/۶۶۲
گروه درمان پذیرش و تعهد	گروه کنترل	-۸/۴۰۰*	۲/۳۹۶	/۰۰۳
گروه امید محور	گروه پذیرش و تعهد	۵/۴۲۲	۲/۳۹۶	/۰۸۷
گروه کنترل	گروه پذیرش و تعهد	۸/۴۰۰*	۲/۳۹۶	/۰۰۳

همچنان که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، نمره افسردگی بین گروه‌های آزمایشی درمان امید محور با گروه آزمایشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و گروه کنترل تفاوت وجود ندارد ($P < ۰/۰۰۱$). اما بین نمرات گروه آزمایشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش با گروه کنترل از نظر نمره افسردگی تفاوت معنادار می‌باشد و تقریباً ۸ نمره میانگین نمره افسردگی در این گروه پایین‌تر از گروه کنترل است ($P < ۰/۰۰۱$).

جدول ۵. نتایج آزمون اثرات چند متغیری

آزمون	اثر	ارزش F	درجه آزادی خطا	درجه آزادی اثر	سطح معناداری	مجدور ایتا
آزمون پیلایی	زمان	۰/۵۰	۲۰/۸۷۵	۲	۴۱	۰/۵۰
آزمون پیلایی	زمان*گروه	۰/۲۲	۲/۷۰۵	۴	۸۴	۰/۱۱

یافته‌های جدول ۵ نشان می‌دهد که متغیر اضطراب هم در بین زمان (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) ($F(2,41) = 20/875, P < 0/001$) و هم در تعامل زمان و گروه ($F(4,84) = 2/705, P < 0/001$) تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر اثر زمان و تعامل زمان و گروه در متغیر وابسته معنادار است و شرط لازم برای انجام تحلیل واریانس آمیخته وجود دارد.

جدول ۶. نتایج آزمون اثرهای بین گروهی

منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
عرض‌ازمبدا	۷۳۹۲/۶۰۰	۱	۷۳۹۲/۶۰۰	۴۷۱/۱۳۶	۰/۰۰۱	۰/۹۱
گروه	۱۰۱/۳۷۸	۲	۵۰/۶۸۹	۳/۱۳۰	۰/۰۵۴	۰/۱۳
خطا	۶۵۹/۰۲۲	۴۲	۱۵/۶۹۱			

همانطور که در جدول ۶ قابل مشاهده است، اثر بین گروهی معنادار نیست ($P < 0/001$) = $3/130$ ($F(2,42)$). یافته‌های بدست آمده، عدم مقایسه پذیری متغیر اضطراب در میان گروه‌های آزمایشی درمان امید محور و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و گروه کنترل را نشان می‌دهد. به عبارت دیگر نوع مداخله بر متغیر اضطراب در گروه‌های مورد مطالعه اثر نداشت. بنابراین با توجه به عدم معناداری تفاوت بین گروه‌ها، مقایسه میانگین گروه‌ها ضرورتی نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان امیدمحور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب مرگ بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد. طبق فرضیه اول پژوهش تفاوت اثربخشی درمان امیدمحور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد هر دو مداخله در بهبود افسردگی بیماران دارای دیابت نوع دو نتیجه مثبتی داشته است و در تفاوت اثر بخشی بین گروهی دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان امید محور، در بهبود افسردگی افراد دارای دیابت نوع دو نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود درمان افسردگی نتایج بهتری بدست آمده و دارای اثر بخشی بالاتری بوده است. با توجه به نتایج بدست آمده می‌توان

نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان امید محور افسردگی افراد دارای دیابت نوع دو را کاهش می‌دهند. این نتایج، با نتایج به دست آمده از پژوهش وایت برد و همکاران (۲۰۰۹) در کاهش افسردگی بیماران دیابتی و مدیریت بیماری همسو و هماهنگ است. همچنین نتایج پژوهش اخیر، با پژوهش گرگ و همکاران (۲۰۰۷) که اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در مدیریت بیماری قند و مهارت‌های پذیرش و آگاهی کنترل افکار و احساسات منفی مربوط به دیابت را موفق ارزیابی کرده بود، همسو می‌باشد و نیز نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌هایی که توسط کاویانی (۲۰۱۲) انجام گرفت، همخوانی دارد. نتایج پژوهش ولز (۲۰۰۲) نشان داد که به کارگیری این روش به علت ساز و کار نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت زدایی، حضور در لحظه، مشاهده گری بدون قضاوت، رویارویی و رهاسازی در تلفیق با فنون رفتار درمانی شناختی می‌تواند ضمن کاهش علائم بیماری، اثربخشی را افزایش دهد. نتایج پژوهش انجام شده با پژوهشی که توسط زالت (۲۰۰۳) انجام شد، همسو می‌باشد. آنها در پژوهش خود دریافتند که شرکت کنندگان در گروه مداخله پذیرش و تعهد، کاهش چشمگیری را در اعتقاد و باورپذیری و فراوانی افکار منفی نشان دادند. این پژوهش که بر روی بیماران دیابتی نوع دوم انجام گرفت، اثربخشی مداخله بر اساس توجه فعال به زمان حال، ذهن آگاهی و پذیرش را در کاهش افسردگی بیماران دیابتی و مدیریت بیماری را نشان داد. بنابراین درمان پذیرش و تعهد توأم با مراقبت ذهنی در بهبود افسردگی بیماران دیابتی موثر است. این روش درمان یک مداخله کوتاه مدت و ساختار یافته است و مانند شناخت درمانی و هدف درمان تنها مراقبت ذهنی، تغییر محتوای افکار نیست، بلکه ایجاد یک نگرش یا رابطه متفاوت با افکار، احساسات و عواطف است که شامل حفظ توجه کامل و لحظه به لحظه و نیز داشتن نگرش همراه با پذیرش و دور از قضاوت است. این پژوهش برای اولین بار، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی در بهبود افسردگی بیماران دیابتیک در ایران را مورد بررسی قرار داده است. با توجه به نتایج پژوهش، این روش درمان می‌تواند به عنوان شیوه روان درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی، در جهت کاهش افسردگی بیماران دیابتی به کار گرفته شود، امید است تا نتایج این پژوهش، متخصصان مربوط را به اهمیت دادن بیشتر به جنبه روانی این بیماری تشویق کند که نتیجه مستقیم آن می‌تواند درمان بهتر و سریع‌تر بیماری باشد و از نظر اجتماعی و اقتصادی نیز فواید مهمی به همراه دارد. در فرضیه دوم تفاوت اثربخشی دو درمان امیدمحور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد، اثر بخشی هر دو درمان بر اضطراب نتایج مثبتی داشته و از نظر تفاوت بین درمان امید محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود اضطراب تفاوتی وجود نداشت. در فرضیه دوم نتایج نشان داد که هر دو درمان به کار رفته در پژوهش باعث بهبود اضطراب مرگ در بیماران دیابتی می‌شود. با یافته‌های پژوهش حاضر همسو می‌باشند. نتایج پژوهش با یافته‌های خلیلی دوآبی و همکاران (۱۳۹۹)، باقری زنجانی اصل منفرد و انتصار فومنی (۱۳۹۵)، علیزاده و همکاران (۱۳۹۲)، خدابخشی کولایی و رجایی اصل (۱۳۹۵) همخوانی دارد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که هر دو روش دارای پشتوانه نظری و پژوهشی مستحکمی هستند و از راهبردهای موثری جهت بهبود ویژگی‌های مختلف از جمله ویژگی‌های هیجانی اضطراب استفاده می‌کنند. در نتیجه، هر دو روش می‌توانند باعث کاهش اضطراب مرگ در بیماران دیابت نوع دو شوند.

در پژوهش حاضر می‌توان به محدودیت‌ها و موانعی مانند انجام پروتکل بر بیماران دیابتی نوع دو مراجعه کننده به انجمن دیابت ایران واقع در تهران، خیابان پاتریس لومومبا انجام اشاره کرد، لذا نتایج آن به تمام بیماران دیابتی نوع دو قابل تعمیم نیست؛ ممکن است شرایط روحی- روانی افراد مورد پژوهش در پاسخگویی به برخی از پرسش‌ها موثر بوده باشد؛ این احتمال وجود دارد که واحدهای مورد پژوهش احساس واقعی خود را در پاسخ به پرسش‌ها منعکس نکرده باشند، لذا با توضیح این که محتوای پرسش‌نامه کاملاً محرمانه بوده و لازم به ذکر نام و نام خانوادگی نیست این مورد تا حدی کنترل شد و وجود شرایط محیطی مانند شرایط موجود پاندمی کرونا نیز در نتایج مطلوب مداخلات درمانی می‌تواند به عنوان متغیر مزاحم نتایج را تحت تاثیر قرار داده باشد. نسبت به یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده، اجرای پروتکل‌های درمانی در این پژوهش بر روی سایر بیماری‌های مزمن برای دستیابی به نتایجی با وسعت بیشتر انجام پذیرد و با توجه به اثربخش بودن این شیوه‌های درمانی که در مطالعه و مطالعات قبلی صورت گرفته پیشنهاد می‌شود پژوهشگران و درمانگران روانشناسی سلامت از درمان پذیرش و تعهد و امید درمانی برای بهبود افسردگی و اضطراب مرگ استفاده نمایند. همچنین با توجه به شیوع بالای بیماری دیابت نوع دو در جامعه پیشنهاد می‌شود که دستگاه‌های متولی سلامت در کشور، راه‌اندازی سیستم جامع مدیریت دیابت را در دستور کار خود بگنجانند. در این راستا می‌توان با پوشش بیمه‌ای خدمات روانشناسی به بیماران کمک نمود تا بدون نگرانی مالی از خدمات تخصصی روان‌شناسی این حوزه برخوردار شوند.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاسگزاری

به این وسیله از اعضاء محترم هیئت علمی و همچنین شرکت‌کنندگان عضو انجمن دیابت ایران در پیش‌برد این پژوهش صمیمانه قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش داشت.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- باقری زنجانی اصل منفرد، لیلا، و انتصار فومنی، غلامحسین. (۱۳۹۵). اثر امید درمانی گروهی بر تاب آوری و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان شهر زنجان. *نشریه مدیریت ارتقای سلامت*، ۵ (۴)، ۵۶-۶۲.
- خدابخشی کولایی، آناهیتا، و رجایی اصل. (۱۳۹۵). اثربخشی امید درمانی گروهی بر کیفیت زندگی و رابطه ولی-فرزندی در مادران با کودک اوتیسم. *فصلنامه پیشگیری و سلامت*، ۴ (۱)، ۳۲-۴۳.
- خلیلی دوآبی، مهشید، گودرزی، کوروش، کریمی، جواد، و روزبهانی، مهدی. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی امیددرمانی و روان درمانی شناختی رفتاری بر اضطراب و خشم نوجوانان. *نشریه روان‌شناسی اجتماعی*، ۹ (۵۸)، ۱۷۷-۱۸۸.
- جعفرزاده، ناصر، میرزاحسینی، حسن، و منیرپور، نادر. (۱۴۰۱). اثربخشی مصاحبه انگیزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش متابعت درمانی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ دوفصلنامه مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان ۳ (۲): ۴۴۳-۴۵۶.
- رامش، سمیه، ساکنی، زهرا، و قاضیان، مونا. (۱۳۹۹). رابطه رفتارهای خودمراقبتی با شدت بیماری دیابت نوع دو: نقش تعدیل‌کننده راهبردهای تنظیم شناختی هیجان. *نشریه دانشگاه علوم پزشکی البرز*، ۹ (۳)، ۲۸۶-۲۷۷.
- عبدی، نسرين، تقدیسی، محمد حسین، و نقدی، سیران. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی مداخلات ارتقادهنده امید در بیماران مبتلا به سرطان شهرستان سنندج در سال ۱۳۸۶. *مجله ارمغان دانش*، ۱۴ (۳)، ۲۱۳-۲۰۶.
- علیزاده، مرتضی، رجایی، علیرضا، و حسینی قصر، صغری. (۱۳۹۲). اثربخشی امید درمانی گروهی بر افزایش امید به زندگی در مبتلایان به ایدز. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۸ (۱)، ۷۰-۸۲.
- قربانعلی پور، م.، برجعلی، ا.، سهرابی، ف.، و فلسفی‌نژاد، م. ر. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر اضطراب مرگ و سن بر رفتارهای ارتقا بخش سلامتی. *مجله مطالعات علوم پزشکی*، ۲۱ (۲)، ۲۸۶-۲۹۲.
- قرشی، پرویز، تاجری، بیوک، احدی، مروارید، و ملیح‌الزاکرینی، سعید. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی ذهن‌آگاهی و هیپنوتراپی بر استرس ادراک شده بیماران دیابتیک نوع دو. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۹ (۹۱)، ۸۷۵-۸۸۲.
- ملک‌شاهی بیرانوند، فاطمه، خدابخش پیرکلانی، روشنگر، عامری، فریده، و خسروی، زهره. (۱۳۹۸). کشف عوامل موثر بر اضطراب مرگ در زنان مبتلا به اختلال وحشت زدگی و راهبردهای مواجهه با آن. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۷ (۴)، ۶۲۴-۶۵۱.
- موسی‌زاده، توکل، ادیب، عزیز، و متولی، رویا. (۱۳۸۸). بررسی تطبیقی میزان و نحوه استفاده از مکانیسم‌های دفاعی در بین بیماران دیابتی و افراد سالم در سال ۱۳۸۶. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، ۱۹ (۱)، ۶۷-۶۱.
- مویدقاعدی، طاهر، و قربان‌شیرودی، شهره. (۱۳۹۵). اثربخشی امیددرمانی گروهی بر افسردگی، احساس تنهایی و خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۳ (۲)، ۶۵-۷۵.

References

- Abdi, N., Taghdisi, M., H. & Naghdi, S. (2009). Investigating the effectiveness of hope-promoting interventions in cancer patients in Sanandaj city in 2007. *Armaghane Danesh magazine*, 14(3), 213-206. (In Persian)
- Alizadeh, M., Rajaei, A., & Hosseini Ghasr, S. (2013). The effectiveness of group hope therapy on increasing life expectancy in AIDS patients. *Health Psychology Quarterly*, 8(1), 82-70. (In Persian)
- Bagheri Zanjani Asl Mofard, L., & Entesar Foumany, Gh. (2016). The effect of group hope therapy on resilience and life expectancy in Zanzan breast cancer patients. *Journal of Health Promotion Management*, 5(4), 56-62. (In Persian)
- Barnett, M. D., Anderson, E. A., & Marsden, A. D. (2018). Is death anxiety more closely linked with optimism or pessimism among older adults? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 77, 169-173
- Boivin, J. (2003). A review of psychological intervention in infertility. *Soc Sci Med*, 57(12), 2325-2341.
- Cakir, L., Cakir, S. A., & Enginyurt, O. (2014). Anxiety and depression are binary disrupt diabetic control. *Natl J Med Res*, 4(4), 279-282.
- Christensen, G. T., Maartensson, S., & Osler, M. (2017). The association between depression and mortality -a comparison of survey- and register-based measures of depression. *J Affect Disord*, 210, 111-124.
- Diet, R. (2013). Helping you control your diabetes for life. *The Journal of Pediatrics*, 21(9), 68-80.
- Firestine, R., & Catlett, J. (2010). *Beyond death anxiety*. New York: Spring publishing company.
- Gallagher, M. W. (2018). *The oxford handbook of hope*. New York, NY: Oxford University Press.
- Ghorban Alipour, M., Borjali, A., Sohrabi, F. & Falsafinijad, M., R. (2010). Investigating the effect of death and age anxiety on health promotion behaviors. *Journal of Medical Science Studies*, 21(2), 292-286.
- Ghoreyshi, P., Tajeri, B., Ahadi, M., & Malih Al-Zakereiny, S. (2020). Comparing the effectiveness of mindfulness and hypnotherapy on the perceived stress of type 2 diabetic patients. *Journal of Psychological Sciences* 19(91), 875-882.
- Goldney, R. D. (2004). Diabetes, depression, and quality of life a population study. *Diabetes Care*, 27(5), 66-70.
- Gonzalez, J., & Peyrot, M. (2008). Depression and diabetes treatment nonadherence: A meta-analysis. *Diabetes Care*, 31(12), 1-6.
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(2), 336.
- Grewel, P. K., & Porter, J. E. (2007). Hope theory: A framework for understanding suicidal action. *Death Stud*, 31(2), 131-154.
- Harmon-Jones, E. (1997). Terror management theory and self-esteem: Evidence that increased self-esteem reduced mortality salience effects. *J Pers Soc Psychol*, 72(1), 24-30.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2013). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Kaviani, H., Hatami, N., & Javaheri, F. (2012). The impact of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on mental health and quality of life in a sub-clinically

- depressed population. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1(14), 21-28. (In Persian)
- Khalili Doabi, M.; Gouderzi, K., Karimi, J., & Rozbahani, M. (2020). Comparing the effectiveness of hope therapy and cognitive behavioral psychotherapy on anxiety and anger in adolescents. *Journal of Social Psychology*, 9(58), 188-177. (In Persian)
- Khodabakhshi Kolayi, A., & Rajaei Asl, M. (2016). Effectiveness of group hope therapy on quality of life and parent-child relationship in mothers with autistic children. *Prevention and Health Quarterly*, 4(1), 43-32. (In Persian)
- Jafarzadeh N, mirzahoseini H, Monirpour N. (2022). The effectiveness of motivational interviewing based on acceptance and commitment on increasing treatment adherence in patients with type 2 diabetes. *journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*. 3(2), 443-456. doi:[10.52547/jspnay.3.2.443](https://doi.org/10.52547/jspnay.3.2.443) (In Persian)
- Madhu, K., & Sridhar, G. (2005). Stress management in diabetes mellitus. *Int J Diab Dev Ctries*, 25, 7-11.
- Malekshahi Beyranvand, F., Khodabakhsh Pirkalani, R., Ameri, F., & Khosravi, Z., (2019). Discovering factors affecting death anxiety in women with panic disorder and coping strategies. *Journal of Behavioral Science Research*: 17(4), 651-624. (In Persian)
- Moayedghaedi, T., & Ghorbanshirdi, S. (2016). The effectiveness of group hope therapy on depression, loneliness and self-efficacy of female students. *Child Mental Health Quarterly*, 3(2), 65-75. (In Persian)
- Mousazadeh, T., Adib, A., & Motevali, R. (2009). A comparative study of the extent and manner of using defense mechanisms among diabetic patients and healthy people in 2007. *Journal of Medical Sciences of Islamic Azad University*, 19(1), 67-61. (In Persian)
- Nwasuruba, C., Khan, M & Egede, L. E (2007). Racial/ethnic differences in multiple self-care behaviors in adults with diabetes. *Society of General Internal Medicine*, 22, 115-120.
- Parsakia, K., Darbani, S. A., Rostami, M., & Saadati, N. (2022). The effectiveness of strength-based training on students' academic performance. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*, 3(3), 194-201.
- Ramesh, S., Sakani, Z., & Ghazian, M. (2020). The relationship between self-care behaviors and type 2 diabetes severity: the moderating role of cognitive emotion regulation strategies. *Journal of Alborz University of Medical Sciences*, 9(3), 277-286. (In Persian)
- Rowland, M (2010). Acceptance and commitment therapy for non-suicidal self-injury among adolescents. A Dissertation Submitted to the Faculty of the Chicago School of Professional Psychology For the Degree of Doctor of Psychology.
- Snyder, C. R (2000). *Handbook of HOPE: Theory, measures and applications*. USA: Academic press.
- Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. John Wiley & Sons.
- Whitebird, R. R., Kreitzer, M. J., & O'Connor, P. J. (2009). Mindfulness-based stress reduction and diabetes. *Diabetes Spectrum*, 22(4), 226-230.
- Wienand, I (2018). The beneficence of hope: Findings from a qualitative study with gout and diabetes patients. *Journal of Bioethical Inquiry*, 15(2), 211-218.
- Xiang, X., Leggett, A., Himle, J. A & Kales, H. C. (2018). Major depression and subthreshold depression among older adults receiving home care. *Am Journal of Geriatr Psychiatry*, 26(9), 939-949.

- Zettle, R. D. (2003). Acceptance and commitment therapy (ACT) vs. systematic desensitization in treatment of mathematics anxiety. *The psychological record*, 53(2), 197-215.
- Zhang, C. X., Chen, Y. M & Chen, W. Q. (2008). Association of psychosocial factors with anxiety and depressive symptoms in Chinese patients with type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 79(3), 523-553.

«پرسشنامه افسردگی بک»

(۱)	۳. آن قدر غمگین یا بدبختم که دیگر تحملش را ندارم. ۲. همیشه غمگین یا گرفته ام و نمی‌توانم خود را از این وضع خلاص کنم. ۱. من تا حدی غمگین یا گرفته ام. ۰. من غمگین نیستم.
(۲)	۳. من احساس می‌کنم که به آینده امیدی نیست و اوضاع بهتر نخواهد شد. ۲. من احساس می‌کنم هیچ امیدی به آینده ندارم. ۱. من نسبت به آینده مأیوسم. ۰. من نسبت به آینده بدبین و مأیوس نیستم.
(۳)	۳. من احساس می‌کنم شخصی شکست خورده ام. ۲. من هر چه به گذشته می‌نگرم چیزی جز شکست نمی‌یابم. ۱. من احساس می‌کنم بیش از یک شخص متوسط در زندگی با شکست مواجه شده ام. ۰. من خود را شکست خورده نمی‌دانم.
(۴)	۳. من از همه چیز ناراضی ام. ۲. دیگر هیچ چیز مرا راضی نمی‌کند. ۱. من از چیزهایی که لذت می‌بردم، دیگر لذت نمی‌برم. ۰. من نارضایتی خاصی ندارم.
(۵)	۳. انگار احساس می‌کنم که بسیار بد و بی ارزش هستم. ۲. من احساس می‌کنم که کاملاً گناهکارم. ۱. من اغلب اوقات احساس می‌کنم که بد یا بی ارزشم. ۰. من احساس بی ارزشی و گناهکاری ندارم.
(۶)	۳. من از خود نفرت دارم. ۲. من از خودم بیزارم. ۱. من از خودم ناامیدم. ۰. من ناامید نیستم.
(۷)	۳. اگر امکان داشت خود را می‌کشتم. ۲. من نقشه‌های مشخصی برای خودکشی دارم. ۱. من احساس می‌کنم بهتر است بمیرم. ۰. من به هیچ وجه به فکر آسیب رساندن به خود نیستم.
(۸)	۳. من تمام علاقه ام را نسبت به مردم از دست داده ام و هیچ توجهی به آن‌ها ندارم.

۲. من علاقه ام را تا حد زیادی نسبت به مردم از دست داده ام و فقط اندک احساسی نسبت به آن‌ها دارم. ۱. من اکنون کمتر از گذشته نسبت به مردم علاقه دارم. ۰. من علاقه ام را نسبت به مردم از دست نداده‌ام.	(۹)
۳. من دیگر نمی‌توانم هیچ تصمیمی بگیرم. ۲. برای من تصمیم گرفتن مشکل است. ۱. من سعی می‌کنم تصمیم‌گیری خود را به تأخیر بیندازم. ۰. من مثل همیشه می‌توانم به خوبی تصمیم بگیرم.	(۱۰)
۳. من احساس می‌کنم زشت یا زنده‌ام. ۲. من احساس می‌کنم که وضع ظاهر من دائماً در تغییر است و باعث می‌شود در نظر دیگران جذاب نباشم. ۱. من از این که غیر جذاب به نظر می‌رسم، نگرانم. ۰. من احساس نمی‌کنم به نظر دیگران بدتر از گذشته باشم.	(۱۱)
۳. من اصلاً نمی‌توانم کار کنم. ۲. من برای انجام هر کاری باید خیلی به خود فشار بیاورم. ۱. برای من شروع یک کار مستلزم کوششی فوق‌العاده است. ۰. من می‌توانم مثل گذشته کار کنم.	(۱۲)
۳. من خسته‌تر از آنم که بتوانم کاری انجام دهم. ۲. من با انجام هر کاری خسته می‌شوم. ۱. من خیلی زودتر از گذشته خسته می‌شوم. ۰. من بیش از حد معقول خسته نمی‌شوم.	(۱۳)
۳. من دیگر به هیچ وجه اشتها ندارم. ۲. این روزها اشتهای من خیلی بدتر شده است. ۱. اشتهای من دیگر به خوبی گذشته نیست. ۰. اشتهای من بدتر از حد معمول نیست.	

پرسشنامه اضطراب مرگ

شماره	عبارت	خیر	بله
۱	آیا دلواپس مردن هستید؟		
۲	آیا نگران هستید قبل از انجام کارهایتان از دنیا بروید؟		
۳	آیا نگران هستید قبل از مرگ برای مدت طولانی بیمار باشید؟		
۴	آیا این فکر شمارا ناراحت می‌کند که دیگران ممکن است به درد و رنج شما وقتی که در احتضار هستید توجه کنند؟		
۵	آیا نگران هستید که مرگ ممکن است خیلی دردناک باشد؟		
۶	آیا فکر می‌کنید وقتی در حال احتضار هستید نزدیک‌ترین افراد، نگران شما هستند؟		
۷	آیا درباره تنها بودن به هنگام مرگ نگران هستید؟		
۸	آیا فکر می‌کنید که قبل از مرگ کنترل ذهنی خود را از دست بدهید؟		
۹	آیا نگران هستید که ممکن است هزینه کفن و دفن شما برای دیگران سنگین باشد؟		
۱۰	آیا نگران هستید که مبادا پس از مرگتان دستورات و تعلقات شما انجام نشود؟		
۱۱	آیا می‌ترسید که مبادا قبل از اینکه واقعاً از دنیا بروید شمارا به خاک بسپارند؟		
۱۲	آیا ترک افراد موردعلاقه به هنگام مرگ شمارا ناراحت می‌کند؟		

		آیا نگران هستید که مبادا آن‌هایی که نگران شما هستند بعد از مرگ شما را به یاد نیاورند؟	۱۳
		آیا فکر می‌کنید نگرانی شما این است که با مرگ برای همیشه نابود خواهید شد؟	۱۴
		آیا به خاطر آنچه بعد از مرگ برای شما ر دهد نگران هستید؟	۱۵



Comparison of the effectiveness of hope-based therapy and Acceptance and Commitment Therapy on depression and death anxiety in patients with type 2 diabetes

Simin. Soleymani¹, Lida. Leilabadi^{2*} & Marjan. Jafari Roshan³

Abstract

Aim: The aim of this study was to compare the effectiveness of hope-based therapy and Acceptance and Commitment Therapy on depression and anxiety death of patients with type 2 diabetes **Method:** This study was implemented using a pre-test and post-test quasi-experimental design with a control group. a total of 45 patients with type 2 diabetes referred to the Iranian Diabetes Association who met the inclusion criteria were selected by available sampling method and randomly assigned to the control and experimental. For the experimental group, hope-based treatment and Acceptance and commitment Therapy was performed but the control group did not receive any treatment. both groups completed the Depression Inventory (Beck et al., 1996) and the Death Anxiety Inventory (Templer, 1970) before and after the clinical intervention. Data were analyzed using mixed analysis of variance. **Results:** The results showed that the effectiveness of hope-based therapy and acceptance and commitment therapy reduced depression and death anxiety in patients with type 2 diabetes. It was more effective than hope-based treatment in patients with type 2 diabetes. **Conclusion:** The results of this study suggest that in addition to follow up medical treatments, therapy based on acceptance, commitment and hope therapy can be used to improve depression and death anxiety in patients with type 2 diabetes, thus preventing the complications of the disease.

Keywords: Depression, Death Anxiety, Hope-Based Therapy, Acceptance and Commitment Based Therapy, Diabetes.

1. Ph. D Student, Department of Health Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. ***Corresponding author:** Assistant Professor, Department of Health Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
Email: lida.leilabadi@gmail.com

3. Assistant Professor, Department of General Psychology and Exceptional Children, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.