

## تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای مرتبط با سلامت بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

صفیه عبدالهی<sup>۱</sup>، محمد حاتمی<sup>۲</sup>، فردین مردای منش<sup>۳</sup>، پرویز عسگری<sup>۴</sup>

### مقاله پژوهشی

#### چکیده

**زمینه و هدف:** دیابت عامل بسیاری از اختلالات جسمی و روانی است. امروزه مفهوم «مراقبت از خود» در بیماری‌ها، به علت تغییر الگوی بیماری از حاد به مزمن، تغییر ایدئولوژی از درمان به پیشگیری، منابع اقتصادی محدود و کوتاه نمودن مدت‌زمان بستری بیماران در بیمارستان بسیار موردتوجه و گسترش قرار گرفته است. بدین منظور هدف پژوهش اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بود.

**مواد و روش‌ها:** روش تحقیق حاضر نیمه آزمایشی به طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. از میان بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه‌کننده به شبکه بهداشت شهرستان عسلویه، تعداد ۳۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب‌شده و به شیوه تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). از پرسشنامه باورهای سلامتی (Health Beliefs Questionnaire) برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیری تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای سلامتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، در طول زمان اثربخش است ( $p < 0.05$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای مرتبط با سلامت اثربخش است. ملاحظات نظری و عملی نتایج پژوهش نشان می‌دهد که بهتر است این درمان به‌عنوان درمانی اثربخش برای بیماران مبتلا به دیابت در مراکز درمانی به‌کاربرده شود. **واژه‌های کلیدی:** دیابت، خود مراقبتی، باورهای سلامتی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.

**ارجاع:** عبدالهی صفیه، حاتمی محمد، مردای منش فردین، عسگری پرویز. تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای مرتبط با سلامت بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۸؛ ۱۷(۴): ۵۷۰-۵۶۳.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی

- ۱- دانشجوی دکترا روانشناسی سلامت، واحد بین‌المللی خرمشهر- خلیج فارس، دانشگاه آزاد اسلامی، خرمشهر، ایران.
- ۲- دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
- ۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.
- ۴- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

نویسنده مسئول: محمد حاتمی

Email: [Hatami513@gmail.com](mailto:Hatami513@gmail.com)

## مقدمه

دیابت نوع ۲ به‌عنوان یک مشکل عمده بهداشت عمومی شناخته شده است. بیش از ۹۰ درصد جمعیت افراد مبتلا به دیابت را مبتلایان به دیابت نوع ۲ تشکیل می‌دهند (۱). دیابت یکی از دلایل اصلی ابتلا به مرگومیر در سراسر دنیاست و پیش‌بینی می‌شود، تعداد بیماران مبتلا به دیابت از ۱۳۵ میلیون نفر در سال ۱۹۹۵ به ۳۰۰ میلیون نفر در سال ۲۰۲۵ افزایش یابد. پایه و اساس ژنتیکی بودن دیابت نوع ۲ به اثبات رسیده است. شواهد محکمی حاکی از وجود عوامل خطر قابل اصلاح مانند چاقی، اضافه‌وزن و فعالیت فیزیکی به‌عنوان عوامل اصلی غیر ژنتیکی در ایجاد دیابت است (۲). بسیاری از عوارض این بیماری نظیر هیپوگلیسمی (Hypoglycemia)، کتواسیدوز دیابتی (Diabetic ketoacidosis)، کوما هیپراسمولار (Hyperosmolar coma)، نوروپاتی دیابتی (Diabetic neuropathy)، رتینوپاتی دیابتی و کوری (Diabetic Nephropathy)، رتینوپاتی دیابتی و کوری (Diabetic retinopathy and blindness)، ضعف سیستم ایمنی، پای دیابتی (Diabetic foot)، اختلالات عروقی، بیماری‌های عروق کرونر قلب (Coronary heart disease)، اختلالات نعوظی (Erectile Dysfunction) در مردان و اختلالات جنسی در هر دو جنس و بسیاری از عوارض دیگر (۳) شناخته شده است. از طرفی اختلالات روانی و موضوع سلامت روانی در بیش از یک‌چهارم بیماران بستری در بخش‌های داخلی دیده می‌شود و در دیابتی‌ها نیز نسبت به جمعیت عمومی شایع‌تر هستند، باین‌حال، متأسفانه اغلب بدون تشخیص باقی می‌مانند (۴).

اختلال روانی در بیمار مبتلا به اختلالات مزمن طبی با کیفیت بد زندگی، عدم همکاری با درمان و استفاده نامناسب از خدمات طبی همراه است. متغیرهای جنسیت، سن، چاقی، نوع درمان، افزایش قند خون و عوارض دیابت به‌طور مستقل کیفیت زندگی بیماران را مختل می‌کنند (۵).

مدل باورهای سلامتی (۶) یکی از تأثیرگذارترین نظریه‌ها در خصوص رفتارهای مرتبط با سلامت است. بر طبق این مدل احتمال در پیش گرفتن یک رفتار سلامتی به‌طور مستقیم به دو ارزیابی بستگی دارد. یکی ارزیابی میزان خطر یک مشکل

سلامتی و دیگری ارزیابی منافع و موانع انجام رفتارهای سلامتی، ارزیابی فرد از میزان خطر یک مشکل سلامتی تحت تأثیر درک شدت مشکل سلامتی و آسیب‌پذیری ادراکش نسبت به آن بیماری قرار دارد، احساس خطر همچنین تحت تأثیر محرک‌ها و نشانه‌های داخلی مانند علائم بیماری یا خارجی مانند پیامدهای سلامتی قرار دارد. عوامل جمعیت شناختی و روانی-اجتماعی، ویژگی‌های روانی افراد، فشارهای اجتماعی و غیره نیز برای ارزیابی فرد از میزان خطر اثر دارند، بر این اساس، افرادی که خود را بیشتر در معرض خطر می‌بینند، تأثیرات سلامتی را جدی می‌پندارند و منافع اقدامات پیشگیرانه را بیش از موانع آن برآورد می‌کنند و به‌احتمال بیشتری رفتارهای سلامتی را انجام می‌دهند (۷، ۸). ازجمله شاخصه‌های مهم سلامت روان مانند افسردگی، اضطراب و اختلالات تطابقی شایع‌ترین اختلالات روانی در دیابتی‌ها است و در بیماران دچار عوارض مزمن شایع‌تر هستند (۴، ۹-۱۱).

ازدیداد روزافزون بیماری‌ها، افزایش میزان بستری شدن ناشی از این بیماری‌ها و هزینه بالای مراقبت و درمان، نظام سلامت را در قرن حاضر با چالش مهمی مواجه کرده است. به همین دلیل پیشگیری از عوارض بیماری‌های و درمان موفق آن‌ها ضروری بوده و نیازمند انجام اقدامات پیشگیرانه و درمانی مانند فعالیت‌های فیزیکی، رعایت رژیم غذایی مناسب و تداوم در مصرف داروهای مربوط است.

از دیدگاه درمان پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy)، اختلالات روان‌شناختی ناشی از عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی هستند و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی خود از هم‌جوشی شناختی، دلبسته شدن به مفهوم ساخته‌شده از خود، اجتناب تجربی، قطع ارتباط با زمان حال، ارزش‌های نامشخص و عمل نکردن بر اساس ارزش‌های شخصی که این موارد به‌صورت درونی با یکدیگر در ارتباط هستند، نشأت می‌گیرند (۱۲). درمان پذیرش و تعهد بر پذیرش هرچه بیشتر آگاهی و ارتباط با لحظه حال و مشارکت در فعالیت‌هایی که در راستای ارزش‌های شخصی است تأکید دارد. به نظر می‌رسد که پذیرش، فرآیند کلیدی درگیر در دستاوردهای درمانی کاهش اثر تجربیات دردناک بر کارکردهای هیجانی، همچنین پیش‌بینی کارکردهای فرد در آینده می‌باشد. اصلی‌ترین

پذیرش بر باورهای مرتبط با سلامت از درمان در بیماران دیابت نوع ۲ بپردازد.

### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نظر روش اجرا تجربی و در قالب طرح‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. در این طرح درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان متغیر مستقل اعمال می‌شود. در این پژوهش که در مورد زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ هست، پس از بررسی انجام مصاحبه بالینی، زنان دارای ملاک‌های ورود به پژوهش موردنظر مشخص و با غربالگری و روش هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه ۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر گروه دوم (کنترل) تقسیم شدند. سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه به‌صورت هفته‌ای ۱ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت مداخله قرار گرفت. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه‌کننده به شبکه بهداشت شهرستان عسلویه در نیمه اول سال ۱۳۹۷ بود. روش نمونه‌گیری با توجه به مشکلات غیرقابل پیش‌بینی زنان به‌صورت هدفمند مبتنی بر ملاک بود. جدول یک خلاصه جلسات مداخله را نشان می‌دهد.

سازه درمان پذیرش و تعهد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که به معنای توانایی برای انجام عمل مؤثر در راستای ارزش‌های فردی علیرغم حضور مشکلات و رنج‌ها هست (۱۳). تحقیقات نشان‌دهنده اهمیت پذیرش روانی به‌خصوص در مورد عملکردهای روان‌شناختی است. مراجعینی که گزارش می‌کنند تمایل بیشتری برای تجربه کردن تجارب روان‌شناختی منفی، تجارب هیجانی، افکار و خاطرات ناخوشایند دارند، عملکرد اجتماعی، فیزیکی و هیجانی بهتری نشان می‌دهند (۱۴، ۱۵). پژوهش‌ها نشان داده است که اجتناب از تجارب با حیطه وسیعی از مشکلات رفتاری و روان‌شناختی ارتباط دارد. افرادی که تمایل بیشتری برای سرکوب نمودن چنین تجاربی را دارند هنگامی که استرس و نگرانی در مدرسه، محیط کار، تعارض در روابط با همسر و ... برای آن‌ها پیش می‌آید تلاش برای کنترل، آشفتگی‌های آن‌ها را شدیدتر می‌کند (۱۵، ۱۶). با توجه به مطالب عنوان‌شده و با توجه به فقر مطالعاتی و اینکه این حوزه کمتر مورد توجه و تمرکز بوده است، پژوهش حاضر درصدد است تا به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر

### جدول ۱. خلاصه جلسات مداخله درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش

| جلسات      | محتوای جلسه   |
|------------|---|
| جلسه اول   | ایجاد رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسشنامه و بستن قرارداد درمانی.  |
| جلسه دوم   | کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار و ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها، بحث در مورد موقتی و کم اثر بودن نمایش با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.  |
| جلسه سوم   | کمک به مراجع برای تشخیص باورهای مرتبط به سلامت و پی بردن به تأثیر تبعیت از درمان و خود مراقبتی، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.  |
| جلسه چهارم | توضیح در مورد اجتناب از تجارب و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.   |
| جلسه پنجم  | معرفی مدل رفتاری سه‌بعدی به‌منظور بیان ارتباط مشترک رفتار احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث در مورد تلاش برای افزایش رفتار خود مراقبتی بر اساس تبعیت از درمان، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.                         |
| جلسه ششم   | توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود به جهت کنترل رفتارهای مراقبتی با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند و دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. |
| جلسه هفتم  | توضیح مفهوم ارزش‌ها، شناخت باورهای مرتبط به سلامت، ایجاد انگیزه برای تبعیت از درمان و توانمند نمودن مراجع برای خود مراقبتی و زندگی بهتر، تمرین تمرکزی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.  |
| جلسه هشتم  | آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون.  |

عوامل به ترتیب (۰/۷۴) (۰/۶۵) (۰/۷۷) (۰/۸۹) (۰/۷۲) و (۰/۸۴) گزارش شده است. این ضرایب در پژوهش بشرپور (۱۳۹۶) در دامنه ۰/۷۳ برای شدت تا ۰/۹۵ برای نگرانی‌های سلامت عمومی به دست آمد (۱۸).

### یافته‌ها

در این بخش ابتدا یافته‌های توصیفی ارائه می‌شوند، سپس یافته‌های استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار خواهند گرفت. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار باورهای مرتبط با سلامت در سه مرحله ارزیابی در بین دو گروه

| متغیر                  | گروه آزمایش |       | گروه گواه |       |
|------------------------|-------------|-------|-----------|-------|
|                        | پیش‌آزمون   |       | پس‌آزمون  |       |
|                        | SD          | M     | SD        | M     |
| باورهای مرتبط با سلامت | ۸/۲۴        | ۴۵/۹۳ | ۹/۲۳      | ۴۴/۱۶ |

نمرات باورهای مرتبط با سلامت است. با توجه به نمرات جدول میانگین، باورهای مرتبط با سلامت در مرحله پس‌آزمون بهبود یافته است. این نشان‌دهنده اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای مرتبط با سلامت در بیماران دیابتی است.

**پرسشنامه باورهای سلامتی (Health Beliefs Questionnaire):** این پرسشنامه توسط Weissfeld, Brock, Kirscht و Hawthorne (۱۷) بر اساس مدل باور سلامتی که چرایی پرداختن افراد به رفتارهای سلامتی را توجیه می‌کند ساخته شده است. این آزمون ۳۲ سؤال دارد و هر یک از سؤالات در مقیاس لیکرت ۴ تا ۶ نقطه‌ای درجه‌بندی می‌شود. تحلیل عاملی سؤالات این پرسشنامه، ۶ عامل نگرانی‌های سلامت عمومی، تهدید سلامتی عمومی، آسیب‌پذیری ادراک‌شده، شدت پیامدهای ادراک‌شده، مزایای درمان پزشکی و مزایای خودیاری را مشخص کرد که ضرایب آلفای کرونباخ این

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس یک‌راهه بررسی شد: عدم برقراری پیش‌فرض یکسانی واریانس‌ها - برقراری پیش‌فرض رابطه خطی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون برقراری پیش‌فرض یکسانی شیب رگرسیون‌ها. نتایج نشان داد تمام پیش‌فرض‌ها رعایت شده‌اند. جدول ۳ نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها را نشان می‌دهد.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای مرتبط با سلامت در بیماران دیابت نوع ۲ بود. نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مؤثر نیست اما میانگین باورهای مرتبط با سلامت در طول زمان تغییر معنادار داشت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طول زمان اثربخش است. نتایج پژوهش فوق با نتایج پژوهش‌های Gregg (۱۹)، McCracken و Keogh (۱۶)، مکوند حسینی، رضایی و آزادی (۲۰)، Graham, Gouick, Krahe, Gillanders (۲۱)، Hadlandsmyth, White, Nesin, Greco (۲۲)، کبودی، دهقان و ضیاءپور (۲۳) همسو است.

جدول ۳. خلاصه تجزیه و تحلیل کوواریانس یک‌راهه

| منابع تغییرات | SS      | df | MS      | F       | اندازه اثر |
|---------------|---------|----|---------|---------|------------|
| پیش‌آزمون     | ۱۵۵۴/۱۱ | ۱  | ۱۵۵۴/۱۱ | ۵۵/۲۶** | ۰/۷۱۰      |
| عضویت گروهی   | ۱۱۸/۰۴  | ۱  | ۱۱۸/۰۴  | ۴/۲*    | ۰/۱۸۷      |
| خطا           | ۶۹۳/۷۷  | ۲۷ | ۲۸/۱۲   |         |            |

\*\* $p < .01$  \* $p < .05$

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، میزان اثر پیش‌آزمون معنادار است که کنترل شده و اثر آن از نمرات پس‌آزمون حذف شده است. میزان اثر عضویت گروهی نیز معنادار است که این به معنای وجود تفاوت بین دو گروه در میانگین

شخصیات است را بپذیر و به عملی که زندگی‌ات را غنی می‌سازد متعهد باش. هدف ACT کمک به مراجع برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار است در عین پذیرش رنجی که زندگی به‌ناچار با خود دارد. دنیایی که انسان‌ها در آن زندگی می‌کنند، دنیایی کلامی است. زبان و شناخت، انسان را قادر به حل مسائل روزمره می‌کند و دنیای راحتی برای انسان ایجاد می‌کند؛ اما همین زبان و شناخت، باعث می‌شود انسان پیوسته خود را ارزشیابی کند. مقایسه کند، گذشته دردناکش را به زمان حال بیاورد و آینده‌ای ترسناک را تصور کند. گرچه بسیاری از مسائل روان‌شناختی انسان‌ها ریشه در زبان و شناخت دارد، اما زندگی بدون زبان و شناخت امکان‌پذیر نیست. ACT برخلاف بیشتر درمان‌ها به دنبال تغییر محتوای فکر نیست. با توجه به مطالب عنوان‌شده و نتیجه فرضیه دوم به نظر می‌رسد تغییر در باورهای افراد در کوتاه‌مدت به‌سختی اتفاق می‌افتد و نیازمند زمان می‌باشد. همان‌طور که در تحلیل پیگیری این پژوهش مشاهده شد در باورهای مرتبط با سلامت در بلندمدت تغییر معناداری اتفاق افتاد.

به‌طور کلی تأمین شرایط مطلوب پژوهش در حیطه‌ی علوم رفتاری کار بسیار دشواری می‌باشد. این پژوهش هم به‌نوبه خود دارای محدودیت‌هایی بوده است که عبارت‌اند از: ۱. استفاده از پرسشنامه که ابزار خود گزارش دهی است و امکان سوگیری در پاسخ‌ها وجود دارد. ۲. تداخل درمان و ویزیت پزشک با جلسات مداخله. ۳. انتخاب‌های اولیه گروه‌های آزمایش که به‌صورت دسترس انتخاب شد.

### تقدیر و تشکر

پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکترای نویسنده اول است و به تأیید شورای پژوهشی دانشگاه رسیده است. بدین‌وسیله از تمام کسانی که در این پژوهش ما را یاری دادند، تقدیر و تشکر می‌نماییم.

در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان به این موضوع اشاره کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک رفتاردرمانی است که از مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عبارت است از افزایش توانایی مراجعین برای ایجاد ارتباط باتجربه‌شان در زمان حال و بر اساس آنچه در آن لحظه برای آن‌ها امکان‌پذیر است، به شیوه‌ای عمل نمایند که منطبق با ارزش‌های انتخاب‌شده‌شان باشد و همین موضوع ممکن است باعث افزایش آگاهی و در پی آن بهبود خود مراقبتی شده باشد. در حقیقت بر اساس الگوهای موجود در نظریات ACT، هدف ACT آن است که به‌منظور کاهش تأثیر و اهمیت رویدادهای درونی دشوار، زمینه‌ای را تغییر دهد که این رویدادها در آن رخ می‌دهد. مداخلات مربوط به گسلش شناختی شامل تمریناتی می‌شود که معنای لفظی رویدادهای درونی را می‌شکند. هدف این تمرینات آن است که به مراجعین بیاموزد افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات، خاطرات را فقط خاطرات و احساسات بدنی را فقط احساسات بدنی ببینند. هیچ‌یک از این رویدادهای درونی وقتی تجربه می‌شوند، ذاتاً برای سلامتی انسان آسیب‌زا نیستند. آسیب‌زا بودن آن‌ها از این ناشی می‌شود که آن‌ها تجارب آسیب‌زا، ناسالم و بدی دیده شوند یعنی آنچه ادعا می‌کنند، هستند و بنابراین باید کنترل و حذف شوند (۲۴). پذیرش و تعهد باعث شد بیماران به دنبال راه‌هایی برای کنترل بهتر بیماری خود باشند که این مهم با خود مراقبتی صحیح امکان‌پذیر شد.

ACT در اصل یک رفتاردرمانی است، موضوع آن عمل است، اما نه هر عملی. بلکه عملی که اولاً ارزش محور باشد و به مراجع کمک کند آنچه واقعاً برایش مهم است را بشناسد و سپس از او می‌خواهد از این ارزش‌ها برای هدایت و تغییرات رفتاری در زندگی استفاده کند. ثانیاً، عملی که ذهن آگاهانه باشد. عملی که با هشیاری و حضور کامل انجام می‌شود: گشوده بودن نسبت به تجربه و مشارکت کامل در آنچه انجام می‌شود. ACT نامش را از پیام اصلی‌اش می‌گیرد: آنچه خارج از کنترل

### References

1. Abdollahian E, Mokhber N. Study of psychopathologies in non insulin dependent diabetes mellitus patients. Mashhad University of Medical Sciences Journal. 2000;69(1):61-6.

2. Hodo DWJAJoP. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. 1458 p.
3. Control TD, Group CDR. Effect of intensive therapy on the development and progression of diabetic nephropathy in the Diabetes Control and Complications Trial. *Kidney International*. 1995;47(6):1703-20.
4. Das-Munshi J, Stewart R, Ismail K, Bebbington PE, Jenkins R, Prince MJ. Diabetes, common mental disorders, and disability: findings from the UK National Psychiatric Morbidity Survey. *Psychosomatic medicine*. 2007;69(6):543-50.
5. Koopmanschap M. Coping with Type II diabetes: the patient's perspective. *Diabetologia*. 2002;45(1):S21-S2.
6. Borowski SC, Tambling RB. Applying the Health Belief Model to Young Individuals' Beliefs and Preferences About Premarital Counseling. USA: New York: Sage Publications; 2015.
7. Karimy M, Araban M, Zareban I, Taher M, Abedi A. Determinants of adherence to self-care behavior among women with type 2 diabetes: an explanation based on health belief model. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2016;30:368.
8. Alatawi YM, Kavookjian J, Ekong G, Alrayees MM. The association between health beliefs and medication adherence among patients with type 2 diabetes. *Research in Social Administrative Pharmacy*. 2016;12(6):914-25.
9. Bessel M, Vigo Á, Poyastro A, Nunes MA, Duncan BB, Schmidt MI. Stages of hyperglycemia and common mental disorders in adults-The Brazilian Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Sao Paulo Medical Journal*. 2016;134(5):423-9.
10. McManus S, Bebbington P, Jenkins R, Brugha T. Mental health and wellbeing in England: Adult Psychiatric Morbidity Survey 2014. UK: Leeds: NHS Digital by NatCen Social Research and the Department of Health Sciences, University of Leicester; 2016.
11. Srivastava AS, Nair A, Singh S, Tripathi MN, Pandit B, Yadav JS. Study on psychiatric morbidities in patients with newly (recently) detected type 2 diabetes mellitus. *Open Journal of Psychiatry Allied Sciences*. 2016;7(2):132-6.
12. Samiei M, Rafiei H, Amini Razani M, Akbarian M. Social health in Iran: From a consensus-based definition to a criterion-based one. *Journal of Social Problems of Iran*. 2011;1(2):31-51.
13. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy. USA: New York: American Psychological Association; 2009.
14. Liverant GI, Brown TA, Barlow DH, Roemer L. Emotion regulation in unipolar depression: The effects of acceptance and suppression of subjective emotional experience on the intensity and duration of sadness and negative affect. *Behaviour research therapy*. 2008;46(11):1201-9.
15. Shallcross AJ, Troy AS, Boland M, Mauss IB. Let it be: Accepting negative emotional experiences predicts decreased negative affect and depressive symptoms. *Behaviour Research Therapy*. 2010;48(9):921-9.
16. McCracken LM, Keogh E. Acceptance, mindfulness, and values-based action may counteract fear and avoidance of emotions in chronic pain: an analysis of anxiety sensitivity. *The Journal of Pain*. 2009;10(4):408-15.
17. Weissfeld JL, Brock BM, Kirscht JP, Hawthorne VM. Reliability of health belief indexes: confirmatory factor analysis in sex, race, and age subgroups. *Health services research*. 1987;21(6):777-93.
18. Basharpour S, NasriNasrabadi B, Heidari F, Molavi P. The Role of Health Beliefs and Illness Perceptions in Predicting Health-Promoting Behaviors in Cancer Patients. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2018;6(2):102-13. 10.30699/acadpub.ijhehp.6.2.102

19. Gregg JA. A randomized controlled effectiveness trial comparing patient education with and without acceptance and commitment therapy for type 2 diabetes self-management. USA: Virginia state, Reno: University of Nevada, Reno; 2004.
20. Makvand Hoseini S, Rezaee A, Azadi M. Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on the self-management of type 2 diabetes patients. *Journal of Clinical Psychology*. 2014;5(4):55-62.
21. Graham CD, Gouick J, Krahe C, Gillanders D. A systematic review of the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. *Clinical Psychology Review*. 2016;46(1):46-58.
22. Hadlandsmyth K, White KS, Nesin AE, Greco LA. Proposing an Acceptance and Commitment Therapy intervention to promote improved diabetes management in adolescents: A treatment conceptualization. *International Journal of Behavioral Consultation Therapy*. 2013;7(4):12-5.
23. Kaboudi M, Dehghan F, Ziapour A. The effect of acceptance and commitment therapy on the mental health of women patients with type II diabetes. *Annals of Tropical Medicine Public Health*. 2017;10(6):1709-13.
24. Hayes SCJBT. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. 2004;35(4):639-65.



## The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Health Related Beliefs in Patients with Type 2 Diabetes

Safie Abdollahi<sup>1</sup>, Mohammad Hatami<sup>2</sup>, Fardin Moradi Manesh<sup>3</sup>, Parviz Asgari<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Aim and Background:** Diabetes is a factor of many physical and psychological disorders. Nowadays, the concept of adherence in diseases be attention and has been developed due to changing the illness pattern from acute to chronic, changing its ideology from cure to prevention, limited economical resource and shortening the Duration of hospitalization of patients. In order to, the aim of this study was to survey of effectiveness of acceptance and commitment therapy on health related beliefs among patients with type 2 diabetes.

**Methods and Materials:** research method was semi experimental with pretest, posttest and control group design. From patients with type 2 diabetes who referred to Assaluyeh health centers, 30 subjects were selected purposely and were assigned in control and experimental groups randomly (15 subjects each group). To collect the data the Health Beliefs Questionnaire (HBQ) was used. The data analyzed using MANCOVA.

**Findings:** Results of data analyzing showed that acceptance and commitment therapy on health related beliefs of patients with diabetes type 2 is effective ( $p < .05$ ).

**Conclusions:** Results of the research showed that acceptance and commitment therapy is effective on health related beliefs. Theoretical and practical considerations of the results showed that the ACT as an effective therapy for patients with type 2 diabetes in medical centers could be applied.

**Keywords:** Diabetes, health related beliefs, acceptance and commitment therapy.

**Citation:** Abdollahi S, Hatami M, Moradi Manesh F, Asgari P. **The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Health Related Beliefs in Patients with Type 2 Diabetes.** J Res Behav Sci 2020; 17(4): 563-570.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی

1- Ph.D. Student of Health Psychology, International Khorramshahr-Persian Gulf Branch, Islamic Azad University, Khorramshahr, Iran.

2- Associate Professor, department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran.

4- Associate Professor, Department of Psychology, Ahwaz Branch, Islamic Azad University, Ahwaz, Iran.

**Corresponding Author:** Mohammad Hatami Email: [Hatami513@gmail.com](mailto:Hatami513@gmail.com)