

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی هیجانی و تعهد به درمان در بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی

مسعود هاشمی^۱، *الهام فروزنده^۲، مریم حیدرپور^۳

۱. گروه روانشناسی، واحد ناین، دانشگاه آزاد اسلامی، ناین، ایران.
 ۲. گروه روانشناسی، واحد ناین، دانشگاه آزاد اسلامی، ناین، ایران.
 ۳. مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
- (تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۳/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۲۵)

Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on the Emotional Distress and Commitment to Treatment in Diabetic Patients with Depression

Masoud Hashemi¹, *Elham Forouzandeh², Maryam Heidarpour³

1. Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran.
2. Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran.
3. Isfahan Endocrine and Metabolism Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Original Article

(Received: Jun. 05, 2022 - Accepted: Dec. 16, 2022)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: The present study was conducted to investigate the efficacy of acceptance and commitment based therapy on the emotional distress and Commitment to Treatment in diabetic patients with depression. **Method:** The present study was quasi-experimental with pretest, posttest, control group and three-month follow-up period design. The statistical population included type-2 diabetic people with depression who referred to therapy centers of Isfahan in spring and summer of 2022. 33 diabetic patients with depression were selected through purposive sampling method and were randomly accommodated into experimental and control groups. The experimental group received acceptance and commitment based therapy sessions (Ten sessions) during Ten weeks. The applied questionnaires included Depression Questionnaire (DQ) (Beck, Epstein, Brown, Steer, 1996) Emotional Distress Questionnaire (EDQ) (Kessler, et.al, 2002) and Commitment to Treatment Questionnaire (TCQ) (Morisky, Ang, Krousel-Wood, Ward, 2008). The data from the study were analyzed through mixed ANOVA and Bonferroni follow-up test using SPSS 23 statistical software. **Findings:** The results showed that acceptance and commitment based therapy has significant effect on the depression, emotional distress and Commitment to Treatment in diabetic patients with depression ($p < 0.001$) and leads to the decrease of depression and emotional distress and improvement of Commitment to Treatment in these patients. **Conclusion:** According to the findings of the present study, ACT can be used as an efficient method to decrease emotional distress and improve Commitment to Treatment in the diabetic patients with depression through employing six main processes of acceptance, fusion, observer self, relationship with the present time, value and committed action.

Keywords: Depression, Diabetes, Emotional Distress, Commitment to Treatment, Acceptance and Commitment based Therapy.

چکیده

مقدمه: هدف این مطالعه بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی هیجانی و پایبندی به درمان در بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی است. **روش:** مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری سه ماهه بود. جامعه مورد مطالعه شامل افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ مبتلا به افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان در شش ماهه اول سال ۱۴۰۲ بود. در این مطالعه ۳۳ بیمار دیابتی افسرده با روش نمونه‌گیری داوطلبانه و هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارش شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ هفته تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۰ جلسه) قرار گرفتند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این مطالعه شامل پرسشنامه افسردگی (بک و همکاران، ۱۹۹۶) (DQ)، پرسشنامه پریشانی هیجانی (کسلر و همکاران، ۲۰۰۲) (EDQ) و پرسشنامه پایبندی به درمان (موریسکی، انگ، کراسول-وود و وارد، ۲۰۰۸) (TCQ) بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفرونی با بهره‌گیری از نرم‌افزار آماری SPSS 23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، پریشانی هیجانی و پایبندی به درمان در بیماران دیابتی افسرده تأثیر معناداری داشته است ($P < 0.001$) و توانسته افسردگی و پریشانی هیجانی را کاهش داده و پایبندی به درمان را در این بیماران بهبود بخشد. **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با بهره‌گیری از شش فرایند اصلی پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه، می‌تواند روشی موثر برای کاهش پریشانی هیجانی و بهبود پایبندی به درمان بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی باشد.

واژگان کلیدی: افسردگی، بیماری دیابت، پریشانی هیجانی، پایبندی به درمان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.

*نویسنده مسئول: الهام فروزنده

*Corresponding Author: Elham Forouzandeh

Email: Elham_for@yahoo.com

مقدمه

روان‌شناختی در بین دیابتی‌ها لزوم توجه به توسعه مداخلات روان‌شناختی در زمینه روانشناسی بالینی و روانشناسی سلامت را نشان می‌دهد (پاورز، باردسلی، کپرز، دوکر، فونل، فیشر، مارنیک و سیمینرو، ۲۰۱۶). دیابت منبع استرس افراد مبتلا به این بیماری است و استرس ناشی از دیابت علاوه بر اثرات مضر جسمی آن، تأثیر روانی منفی نیز دارد. مهمترین این اثرات افسردگی^۴ است (گراهام، دسچنس، روسلا و اشمیتز، ۲۰۲۱).

طبق تحقیق هوانگ و همکاران (۲۰۲۱) که بخش قابل توجهی از بزرگسالان مبتلا به دیابت اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند، و کارشناسان توصیه می‌کنند افسردگی به عنوان یک جزء رایج دیابت شناسایی و درمان شود. تان، جان، اریک، ماریا و نورلیزا و اون (۲۰۱۹) نیز شیوع افسردگی در بیماران دیابتی را ۲۶/۶ درصد و در ایران شیوع افسردگی در دیابتی‌ها ۴۲/۴ درصد گزارش کردند (جعفرزاده فخاری، تبرا، معتکف فر و عزیز، ۱۳۹۷). انتظار می‌رود افسردگی تا سال ۲۰۲۵ دومین علت ناتوانی باشد، با مطالعات نشان می‌دهد که ۵۰ درصد در سیستم مراقبت‌های اولیه تشخیص داده نمی‌شوند و ۷۰ درصد درمان مناسب دریافت نمی‌کنند (لانگی و همکاران، ۲۰۲۱). کنترل قند خون در بیماران مبتلا به افسردگی دشوارتر است و استفاده از درمان‌های ضد افسردگی و دریافت مداخلات روان‌شناختی می‌تواند از عود دیابت جلوگیری

دیابت^۱ یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن است که طبق اعلام سازمان بهداشت جهانی شیوع آن در همه کشورها به‌ویژه کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است. این افزایش تا حد زیادی به دلیل افزایش رشد جمعیت، تغییرات سریع اجتماعی مانند شهرنشینی، تغییر سبک زندگی و افزایش زمان بقای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، به دلیل توسعه دانش پزشکی و کنترل بیماری است (نیانتسکا، ویلیامز، دال و وبستر، ۲۰۱۸). امروزه دیابت یکی از نگرانی‌های عمده سلامت عمومی در قرن بیست و یکم در کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته است. در واقع، دیابت یک بیماری مزمن متمایز با علائم بالینی و پیشرفت است و شامل دیابت وابسته به انسولین^۲ (نوع ۱) و دیابت غیر وابسته به انسولین^۳ (نوع ۲) است (سایرا، گاپتا و سایرا، ۲۰۱۸). دیابت نوع ۲، با جمعیت ۴۱۵ میلیون نفر، یک مشکل عمده رو به رشد سلامتی است (کلی، فرناندز، موسس، گولمبسکی و اولنیک، ۲۰۲۱). طبق پیش‌بینی‌ها، این تعداد تا سال ۲۰۴۰ به ۶۲۴ میلیون نفر در جهان خواهد رسید (کالانگادان، پاتیاماداتیل، کوتال، راوتر و بیوی، ۲۰۲۰). این بیماری مانند سایر بیماری‌های مزمن ارتباط تنگاتنگی با سبک زندگی، سلامت روان، کیفیت زندگی و به‌طور کلی سلامت عمومی بیماران دارد و در صورت عدم کنترل و درمان مناسب عوارض ناخوشایندی را به دنبال دارد. شیوع پیامدهای

1. Diabetes
2. Insulin-Dependent Diabetes Mellitus
3. Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus

4. depression

آشفته‌گی هیجانی را غیرقابل تحمل توصیف می‌کند، آشفته‌گی هیجانی را غیرقابل قبول ارزیابی می‌کند، تلاش می‌کند تا وضعیت هیجانی منفی را کاهش دهند، و نمی‌توانند توجه خود را بر چیزی غیر از پریشانی خود متمرکز کنند (چوودهاری و همکاران، ۲۰۱۸).

زندگی با دیابت تعدادی از چالش‌های روزانه را برای بیماران و خانواده‌هایشان به همراه دارد، مانند انسولین درمانی (تزریقات روزانه یا تنظیمات پمپ)، محدودیت‌های غذایی، ورزش منظم، و نظارت مکرر نشانگرهای بیوشیمیایی (ال بوهران، نسیم، ال اوتایبی، شاهین، ال جاسر و ال الوان، ۲۰۱۶). در واقع ماهیت مزمن این بیماری بر بدن، ذهن، عملکرد فردی و اجتماعی بیمار تأثیر می‌گذارد، بنابراین بررسی ابعاد مختلف روانی و عاطفی این بیماران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (تامیر، وین استاین، راز، شمر و هیمان، ۲۰۱۲). بررسی مطالعات انجام شده در ایران نشان دهنده عدم پایداری به درمان^۲ در بیماران دیابتی است که منجر به دو برابر شدن عوارض این بیماری و افزایش هزینه‌های درمان شده است (امینی، نجفی، ثمری، خداویسی و تاپاک، ۱۳۹۹). همچنین بیش از یک سوم پذیرش‌های بیمارستانی به دلیل عدم رعایت میزان مصرف دارو و رفتارهای مرتبط با سلامتی است (بالودکار و همکاران، ۲۰۲۰). هدف نهایی استفاده از هر دارویی دستیابی به نتایج مطلوب درمانی، مدیریت بهتر بیماری و پایداری به درمان است (قانع‌ی قشلاق، عبادی، ویسی رایگانی، نوروزی

کرده و در پیشگیری از عوارض ناتوان‌کننده آن موثر باشد (پارک و پارک، ۲۰۲۱). افسردگی در افراد مبتلا به دیابت می‌تواند به‌طور قابل توجهی بر پیش‌آگهی دیابت تأثیر بگذارد و برخی از مطالعات نشان داده‌اند که عدم تشخیص و درمان افسردگی پیش‌آگهی بیماران را بدتر می‌کند. (چیما و همکاران، ۲۰۱۷). دیابت با ایجاد آسیب‌های روانی‌ها مانند افسردگی باعث پریشانی هیجانی^۱ بیماران می‌شود (توکلی و کاظمی زهرانی، ۱۳۹۷؛ محمدآبادی و افلاک سیر، ۱۳۹۶).

پریشانی هیجانی یک حالت روانی منفی است که ناشی از شکست فرآیندهای انطباقی و مقابله‌ای در حفظ تعادل روانی و فیزیولوژیکی در بدن است (حقیقت، طهرانچی، دهکردیان و رسول زاده طباطبایی، ۱۳۹۱). پریشانی هیجانی یک پریشانی عاطفی خاص و حالتی است که افراد به‌طور موقت یا دائم در پاسخ به استرس‌ها و درخواست‌های آسیب‌زا تجربه می‌کنند (چوی، سالیوان، دی نیتو و کانیک، ۲۰۱۹). علاوه بر این، پریشانی هیجانی یک حالت روانی آزاردهنده افسردگی و اضطراب است که دارای علائم روانی و فیزیولوژیکی است (وردن و همکاران، ۲۰۱۹). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که پریشانی هیجانی به عنوان یک اختلال هیجانی ممکن است بر عملکرد اجتماعی و زندگی روزمره افراد تأثیر بگذارد (گیاسی، ۲۰۱۹). پریشانی هیجانی باعث می‌شود افراد به مرور زمان پریشانی را تحمل کنند و رفتارهای ناسازگار بیشتری از خود نشان دهند. افرادی که در پریشانی هیجانی هستند، تجربه

به زمان حال در کانون توجه قرار گرفته و نسبت به افزایش آن اقدام می‌شود، یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در زمان حال آگاهی می‌یابد. در قدم سوم جداسازی فرد از تجارب ذهنی مورد هدف است (جداسازی شناختی) به شکلی که بتواند عمل مستقل از تجارب را در خود نهادینه کند. در گام چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز بر خود تجسمی (گسلش شناختی) یا داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته، است. در قدم پنجم، به فرد کمک می‌شود تا ارزش‌های شخصی اصلی خود را شناخته و به‌طور واضح مشخص سازد و در جهت تبدیل آنها به اهداف رفتاری اقدام نماید (روشن‌سازی ارزش‌ها). در نهایت ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی (کروسبی و توهینگ، ۲۰۱۶).

کارآیی بالینی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد جهت بهبود مولفه‌های روان‌شناختی افراد مختلف در پژوهش‌های گوناگون نشان داده شده است (لارسون، هارتلی و مک‌هاگ، ۲۰۲۲؛ کالاتی و همکاران، ۲۰۲۲؛ بهاتاب و ال‌هادی، ۲۰۲۱؛ مورگان و همکاران، ۲۰۲۱؛ ژائو و همکاران، ۲۰۲۰؛ اونگ و همکاران، ۲۰۱۹؛ واین و همکاران، ۲۰۱۹). این در حالی است که نتایج مطالعات احمدی و همکاران (۱۴۰۰)؛ جعفری، کردتمینی و کهرآزنی (۱۴۰۰)؛ بنی‌اسدی و همکاران (۱۴۰۰)؛ موسوی و همکاران (۱۴۰۰)؛ خلعتبری و همکاران (۱۳۹۹)؛ شهابی و همکاران

تبریزی، دالوندی و محمودی، ۱۳۹۴). پابندی به درمان مهمترین عامل اصلی در کاهش عوارض و مرگ و میر در بیماران مزمن است (واب، آنگامو و حسین، ۲۰۱۱). شتی، پاراماسیوم، داواسیا، کاریم و سینگ (۲۰۲۰) پابندی به درمان را به‌عنوان درجه‌ای که رفتار فرد با توصیه‌های بهداشتی و دارویی مطابقت دارد، تعریف می‌کنند. عدم پابندی به درمان در بیماران مختلف با بستری‌شدن مکرر در بیمارستان، عدم استفاده از مزایای درمانی، هزینه‌های درمانی بالا و تعداد زیادی مراجعه به پزشک همراه است (اوه، هان، چوی و پارک، ۲۰۱۹).

برای بهبود مولفه‌های ارتباطی، هیجانی و روانی بیماران دیابتی از رویکردهای درمانی و آموزشی مختلفی استفاده شده است. یکی از روش‌های درمانی موثر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از شش فرایند مرکزی منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مراجعین می‌شود. پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه، شش فرایندی است که در روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد استفاده قرار می‌گیرد (اصلی‌آزاد، منشئی و قمرانی، ۱۳۹۸). شیوه به‌کارگیری این شش فرایند بدین صورت است که در ابتدای درمان تلاش می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و نظایر آن) افزایش یابد و در مقابل اعمالی که کنترل ناموثر را در پی دارد، کاهش یابد. در گام دوم آگاهی روان‌شناختی فرد نسبت

و هیجانی همراه با این روند شده و به مرور می‌تواند بیماران دیابتی را به روند زندگی عادی خانوادگی و اجتماعی سوق دهد. حال با نگاهی به وجود آسیب‌های شناختی، روان‌شناختی و هیجانی بیماران دیابتی و از سویی با نظر به کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در فروکاستن آسیب‌های شناختی، روانی و هیجانی افراد مختلف و نیز عدم انجام پژوهشی مشابه، هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی هیجانی و پایبندی به درمان در بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی بود.

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل افراد مبتلا به دیابت نوع دو مبتلا به افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان در شش ماهه اول سال ۱۴۰۰ بود. جهت انتخاب حجم نمونه از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی داوطلبانه و هدفمند (با توجه به ملاک‌های ورود و خروج) استفاده شد. بدین صورت که بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و درمانگاه‌های شهر اصفهان که توسط روان‌پزشک این مراکز مورد بررسی بالینی و تشخیص افسردگی دریافت کرده بودند، مورد شناسایی قرار گرفتند. سپس جهت اطمینان پژوهشگر، به این افراد پرسشنامه افسردگی نیز ارائه داده شد و پس از اطمینان از وجود اختلال افسردگی در این افراد، تعداد ۴۰ بیمار به شکل هدفمند انتخاب و به صورت

محدث شکوری گنجوی و همکاران (۱۳۹۹)؛ محدث شکوری گنجوی و همکاران (۱۳۹۹) و نصیری و همکاران (۱۳۹۹) نیز نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جامعه آماری افراد دارای بیماری‌های فیزیولوژیک مزمن هم منجر به کاهش آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی شده است.

در ضرورت انجام پژوهش حاضر باید گفت دیابت یکی از بیماری‌های شایع مزمن مرتبط با سلامت جوامع بشری است که متأسفانه عیلم‌پرفرمت‌های علوم پزشکی نه تنها کاهش نیافته بلکه روز به روز در حال افزایش می‌باشد. امروزه کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته همگی در حال تجربه همه‌گیری دیابت هستند. این بیماری می‌تواند بر عملکرد فیزیکی و جسمی، توسعه عوارض بیماری، وضعیت روانی و هیجانی، ارتباطات بین فردی، خانوادگی و اجتماعی، عملکرد جنسی، درک از سلامت و به‌طورکلی کیفیت زندگی و سلامت روان افراد تأثیرگذار بوده و خلق منفی همچون افسردگی را برای مبتلایان در پی داشته باشد که چنین فرایندی نشان از ضرورت بکارگیری مداخلات روان‌شناختی کارآمد برای این بیماران دارد. علاوه بر این بروز افسردگی در افراد مبتلا به بیماری دیابت، منجر به دیگر آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی می‌شود، چرا که افسردگی اختلالی است که دیگر فرایندهای روانی، شناختی، هیجانی و اجتماعی را نیز متأثر می‌سازد. از این رو بکارگیری مداخلات روان‌شناختی برای این گروه از بیماران بسیار ضروری به نظر می‌رسد. چرا که مداخله بهنگام سبب پیشگیری و درمان آسیب‌های روان‌شناختی

مداخله، پس از مداخله و یا پیگیری بود. یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که از افراد حاضر در پژوهش تعداد ۲۰ نفر (معادل ۶۰/۶۰ درصد) زن و ۱۳ نفر (معادل ۳۶/۴۰ درصد) زن بودند. همچنین میانگین سن افراد حاضر در گروه آزمایش ۳۳/۴۲ و در گروه گواه ۳۲/۲۰ سال بود. علاوه بر این افراد دارای دامنه تحصیلات سیکل تا لیسانس بودند که در این بین در هر دو گروه آزمایش (تعداد ۹ نفر ۴۳/۷۵ معادل درصد) و گواه (تعداد ۷ نفر ۴۳/۷۵ معادل درصد) سطح تحصیلات دیپلم دارای بیشترین فراوانی بود.

ابزار سنجش

پرسشنامه افسردگی (DQ)^۱: نسخه نهایی پرسش‌نامه افسردگی توسط بک، اپستین، براون و استیر در سال ۱۹۹۶ تدوین شد. سوالات پرسشنامه در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف افسردگی تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر آن ۶۳ است. با جمع کردن نمرات فرد در هر یک از ماده‌ها، نمره فرد به طور مستقیم به دست می‌آید. نمره‌های زیر را می‌توان برای نشان دادن سطح کلی افسردگی به کار بست: ۰ تا ۱۳: هیچ یا کمترین افسردگی (نمره صفر تا ۱۳)، افسردگی خفیف (نمره ۱۴ تا ۱۹)، افسردگی متوسط (نمره ۲۰ تا ۲۸)، افسردگی شدید (نمره ۲۹ تا ۶۳). بک و همکاران (۱۹۹۶) روایی همزمان این پرسشنامه را ۰/۷۹ و اعتبار بازآزمایی

تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۲۰ بیمار در گروه آزمایش و ۲۰ بیمار در گروه گواه). در گام بعد افراد حاضر در گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) را در طی ده هفته دریافت نمودند، در حالیکه گروه گواه از دریافت این مداخلات در طی انجام فرایند پژوهش بی‌بهره بود. پس از شروع مداخله تعداد ۳ نفر در گروه آزمایش و ۴ نفر در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند. بر این اساس تعداد نهایی نمونه پژوهش ۳۳ نفر بود (۱۷ نفر در گروه آزمایش و ۱۶ نفر در گروه گواه). جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت بیماران برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به اعضای هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال، ابتلا به بیماری دیابت نوع ۲ به مدت حداقل ۳ سال، عدم مصرف داروی روانپزشکی، حداقل داشتن تحصیلات مقطع راهنمایی، عدم وجود بیماری جسمی دیگر، تمایل به شرکت در پژوهش به شکل داوطلبانه بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت در دو جلسه آموزشی، مصرف داروی روانپزشکی، عدم انجام تکالیف خواسته شده، بروز حوادث پیش‌بینی نشده و عدم پاسخگویی به پرسشنامه‌های پژوهش در یکی از مراحل پیش از

میان نمرات پرسشنامه و بیماری‌های روانی دیگر وجود دارد (اندروز و اسلید، ۲۰۰۳). افزون بر آن، پرسشنامه پریشانی هیجانی دارای حساسیت و ویژگی مناسبی برای غربالگری افراد مبتلا به اضطراب و افسردگی است و نیز این ابزار برای کنترل و نظارت‌های بعد از درمان مناسب است (کسلر و همکاران، ۲۰۰۲). سودمندی استفاده از این ابزار در جمعیت عمومی مردم استرالیا توسط اندروز و اسلید (۲۰۰۳) تایید شده است. مطالعات دیگر نیز حاکی از معتبر بودن این پرسشنامه برای مطالعات غربالگری و شناسایی اختلال‌های روانی است (گرین و کاراکا، ۲۰۱۰). کاربرد این پرسشنامه بر روی جمعیت سالمندان نیز در مطالعه‌ای که در سال‌های ۲۰۱۳ و ۲۰۱۵ انجام شده، تایید شده است (واسیلیادیس و همکاران، ۲۰۱۵). چنانکه واسیلیادیس و همکاران (۲۰۱۵) پایایی و روایی محتوایی این پرسشنامه را قابل قبول گزارش کرده‌اند. یعقوبی (۱۳۹۴) نیز در ایران در پژوهشی پایایی پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند. همچنین این پژوهشگران روایی محتوایی این پرسشنامه را مطلوب و به میزان ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه گردید.

پرسشنامه پایبندی به درمان (TCQ)^۲: پرسشنامه پایبندی به درمان توسط موریسکی، انگ، کراسول-وود و وارد (۲۰۰۸) ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۸ آیتم است. این پرسشنامه، تنها در آیتم ۸ بر درجه‌بندی چهارگانه

آن را ۰/۶۷ گزارش کردند. همچنین ضریب بازآزمایی برای بیماران روانی ۰/۸۶ و برای بیماران غیر روانی ۰/۸۱ گزارش شده است (به نقل از فتحی، حاتمی ورزنده، اصلی‌آزاد و فرهادی، ۱۳۹۵). گودرزی (۱۳۸۵) اعتبار پرسشنامه بک را از طریق محاسبه ضریب همسانی درونی ۰/۸۴ و ضریب اعتبار حاصل از روش تصنیف را ۰/۷۰ به دست آورد. ضریب همبستگی بین فرم ۱۳ سوالی و فرم ۲۱ سوالی آن بر اساس گزارش گودرزی، ۰/۷۴ می‌باشد که حاکی از روایی مناسب پرسشنامه جهت استفاده در ایران است (به نقل از رئیسینان، گلزاری و برجعلی، ۱۳۹۰). پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شد.

پرسشنامه پریشانی هیجانی (EDQ)^۱: پرسشنامه پریشانی هیجانی توسط کسلر و همکاران (۲۰۰۲) به صورت ۱۰ سؤالی تنظیم شده است. پاسخ سؤالات، به صورت ۵ گزینه‌ای تمام اوقات = ۴، بیشتر اوقات = ۳، بعضی اوقات = ۲، به ندرت = ۱ و هیچ وقت = ۰ است که بین ۰-۴ نمره گذاری می‌شود. بر این اساس حداقل نمره در این پرسشنامه صفر و حداکثر نمره برابر ۴۰ است. کسب نمرات بالاتر نشان دهنده پریشانی هیجانی بیشتر است. پژوهش‌های انجام گرفته بر روی پرسشنامه پریشانی هیجانی کسلر و همکاران (۲۰۰۲) نشان دهنده ارتباط قوی میان نمرات بالا در این پرسشنامه و تشخیص بیماری‌های خلقی و اضطرابی توسط فرم مصاحبه تشخیصی بین‌المللی مرکب است. همچنین ارتباط کمتر ولی معنادار

نشان‌دهنده تبعیت دارویی بیشتر است. در پژوهش کوشیار، شوروزی، دلیر و همکاران (۱۳۹۲) ضمن سنجش روایی صوری و محتوایی این ابزار توسط اساتید متخصص، نشان داده شد که روایی محتوایی این پرسشنامه مطلوب و به میزان ۰/۸۶ و همچنین پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش شد. پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شد.

(نمره صفر تا ۳) لیکرت صورت‌بندی شده است و در بقیه آیتم‌ها به صورت بلی=۱ و خیر=۰ پاسخ داده می‌شود. آیتم‌های ۵ و ۸ برعکس سایر آیتم‌ها نمره‌گذاری می‌شوند. برای محاسبه امتیاز کلی پرسشنامه، نمره همه گویه‌های پرسشنامه را با هم جمع کنید. دامنه نمرات کلی آن بین صفر تا ۱۰ می‌باشد که کسب نمره بالاتر در این پرسشنامه بیانگر تبعیت دارویی پایین و کسب نمره پایین

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	شرح جلسه
اول	آشنایی و ایجاد ارتباط با اعضای گروه، آموزش روانی، آموزش در خصوص درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اهداف آن، تعریف مولفه‌های پژوهش و بیان هدف اجرای طرح برای افراد حاضر در پژوهش.
دوم	بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها، کارآمدی به‌عنوان معیار سنجش، ایجاد ناامیدی خلاقانه با استفاده از استعاره مزرعه و جعبه ابزار، چالش با برنامه تغییر مراجع، مشخص کردن تکلیف منزل.
سوم	بررسی دنیای درون و بیرون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد، تفهیم این موضوع که کنترل مسئله است نه راه حل، معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل. مشخص کردن تکلیف منزل.
چهارم	بیان کنترل به عنوان مشکل، معرفی تمایل / احساسات / خاطرات و علایم جسمانی به‌عنوان پاسخ با استفاده از استعاره مهمان ناخوانده، مشخص کردن تکلیف منزل.
پنجم	کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی و تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف همراه با تمرین پیاده‌روی با ذهن. مشخص کردن تکلیف منزل.
ششم	تاکید برای در زمان حال بودن و پرهیز از سرگردانی ذهن درون افکار، خاطرات یا خیال‌پردازی‌هایی در خصوص آثار بیماری. مشخص کردن تکلیف منزل.
هفتم	مشاهده خود به‌عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده‌گر با استفاده از استعاره اتوبوس و مسافران، مشخص کردن تکلیف منزل.
هشتم	کاربرد تکنیک‌های ذهنی، الگوسازی خروج از ذهن با استفاده از استعاره قطارهای زیر پل. مشخص کردن تکلیف منزل.
نهم	معرفی مفهوم ارزش، نشان‌دادن خطرات تمرکز بر نتایج و کشف ارزش‌های عملی زندگی با استفاده از استعاره قطب‌نمای ذهنی. مشخص کردن تکلیف منزل.
دهم	به‌کارگیری تجارب به‌دست آمده در زندگی واقعی و جمع‌بندی و تکلیف مادام‌العمر.

روند اجرای پژوهش

جهت انجام پژوهش ابتدا هماهنگی‌های لازم با مسئولان مراکز درمانی و درمانگاه‌های بیماران دیابتی شهر اصفهان انجام شد. سپس با مراجعه به مراکز درمانی و درمانگاه‌های شهر اصفهان، افراد مبتلا به دیابت نوع دو دارای علائم افسردگی (به تشخیص روان‌پزشک) جهت شرکت در پژوهش مورد شناسایی قرار گرفتند. در این بین پرسشنامه افسردگی نیز توسط پژوهشگر اجرا شد. سپس با رضایت کتبی از بیماران و گمارش تصادفی آنها در گروه‌های آزمایش و گواه، پرسشنامه‌های پژوهش اجرا شد. پس از شروع مداخله تعداد ۳ نفر در گروه آزمایش و ۴ نفر در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند. بر این اساس تعداد نهایی نمونه پژوهش ۳۳ نفر بود (۱۷ نفر در گروه آزمایش و ۱۶ نفر در گروه گواه). در پژوهش حاضر از پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز، ۲۰۰۴) استفاده شد که این بسته درمانی در ایران و برای جامعه آماری بیماران در پژوهش‌های محدث شکوری گنجوی، احدی، جمهری و خلعتبری (۱۳۹۹) و بنی اسدی، پورشریفی، برجعلی و مفید (۱۴۰۰) مورد استفاده و اعتبار آن مورد تایید قرار گرفته است. لازم به ذکر است که مداخله پژوهش حاضر در محیطی ایمن و با رعایت تمام پروتکل‌های بهداشتی اجرا شد.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون

شاپیرو- ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موچلی جهت بررسی پیش فرض کرویت داده‌ها و همچنین از تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفونی برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش در مراحل پیش از مداخله، پس از مداخله و پیگیری، به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است.

نتایج جدول توصیفی نشان داد که میانگین متغیرهای افسردگی و پریشانی هیجانی بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی در گروه آزمایش در مراحل پس از مداخله و پیگیری نسبت به مرحله پیش از مداخله کاهش و میانگین نمرات پایبندی به درمان بهبود یافته است. اما معناداری این تغییر در ادامه توسط تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفونی مورد بررسی قرار گرفته است. قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس آمیخته، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای افسردگی، پریشانی هیجانی و پایبندی به درمان در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ($p > 0/05$).

هاشمی و همکاران: اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی هیجانی و تعهد به درمان در ...

همچنین نتایج آزمون موجلی بیانگر آن بود که پیش فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای افسردگی، پریشانی هیجانی و پایبندی به درمان رعایت شده است ($p > 0/05$). در نهایت پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته می‌داد پیش فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > 0/05$).

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد افسردگی، پریشانی هیجانی و پایبندی به درمان در دو گروه آزمایش و گواه

مولفه‌ها	گروه‌ها	پیش از مداخله		پس از مداخله		پیگیری
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
افسردگی	گروه آزمایش	۳۷/۵۸	۴/۸۹	۳۲/۴۱	۵/۰۷	۴/۶۷
	گروه گواه	۳۴/۷۵	۴/۱۷	۳۵/۸۱	۴/۵۰	۴/۳۶
پریشانی هیجانی	گروه آزمایش	۲۳/۱۷	۴/۵۳	۱۹/۱۷	۴/۷۴	۴/۴۸
	گروه گواه	۲۳/۴۳	۵/۱۳	۲۴/۱۲	۵/۵۶	۵/۴۷
پایبندی به درمان	گروه آزمایش	۵/۸۲	۱/۳۸	۴/۱۱	۱/۱۶	۱/۲۲
	گروه گواه	۵/۴۳	۱/۰۳	۵/۸۱	۱/۱۰	۱/۳۳

جدول ۳. تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
افسردگی	مراحل گروه‌بندی	۲	۴۱/۴۷	۱۸/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۱
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۱	۷۷/۷۴	۱۶/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۹
پریشانی هیجانی	خطا	۶۲	۲/۲۵	۱۳۹/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۱
	مراحل گروه‌بندی	۲	۵۲/۳۳	۲۲/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۱
پایبندی به درمان	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۱	۲۳۵/۸۳	۱۸/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۱
	خطا	۶۲	۱/۱۸	۴۲/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱
پایبندی به درمان	مراحل گروه‌بندی	۲	۸/۳۳	۴/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۱
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۱	۱۹/۲۵	۱۶/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۰/۹۹
خطا	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۲	۲۰/۴۱	۴۱/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱
	خطا	۶۲	۱۵/۱۰	۰/۲۴			

نشان می‌دهد عامل زمان به ترتیب ۳۸، ۳۹ و ۲۹ درصد از تفاوت در واریانس‌های نمرات افسردگی، پریشانی هیجانی و پایبندی به درمان بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی را تبیین می‌کند. علاوه بر این، بر اساس ضریب F محاسبه شده،

نتایج آزمون واریانس آمیخته نشان می‌دهد بر اساس ضرایب F محاسبه شده، عامل زمان یا مرحله ارزیابی تاثیر معناداری بر نمرات افسردگی، پریشانی هیجانی و پایبندی به درمان بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی داشته است. اندازه اثر

است. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود نوع درمان دریافتی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) در مراحل مختلف ارزیابی هم بر افسردگی، پریشانی هیجانی و پایداری به درمان بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی تاثیر معنادار داشته است. اندازه اثر نشان می‌دهد اثر تعامل عضویت گروهی و زمان به ترتیب ۵۷، ۵۶ و ۵۲ درصد از تفاوت در نمرات افسردگی، پریشانی هیجانی و پایداری به درمان بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی را تبیین می‌کند. در مجموع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، پریشانی هیجانی و پایداری به درمان بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی در مراحل مختلف مورد ارزیابی تاثیر داشته است. حال در جدول ۴ مقایسه زوجی میانگین نمرات افسردگی، پریشانی هیجانی و پایداری به درمان آزمودنی‌ها بر حسب مرحله ارزیابی ارائه می‌شود.

تاثیر عامل عضویت گروهی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) هم بر نمرات افسردگی، پریشانی هیجانی و پایداری به درمان بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی معنادار است. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود عامل عضویت گروهی یا نوع درمان دریافتی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) هم بر افسردگی، پریشانی هیجانی و پایداری به درمان بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی تاثیر معنادار داشته است. اندازه اثر نشان می‌دهد عضویت گروهی به ترتیب ۳۵، ۳۷ و ۳۴ درصد از تفاوت در نمرات افسردگی، پریشانی هیجانی و پایداری به درمان بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی را تبیین می‌کند. علاوه بر این، این نتایج بیانگر آن است که اثر متقابل نوع درمان و عامل زمان هم بر نمرات افسردگی، پریشانی هیجانی و پایداری به درمان بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی معنادار

جدول ۴. مقایسه زوجی میانگین نمرات افسردگی، پریشانی هیجانی و پایداری به درمان آزمودنی‌ها بر حسب مرحله ارزیابی

متغیر	مرحله مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
افسردگی	پیش از مداخله	۲/۰۵	۰/۵۰	۰/۰۰۱
	پس از مداخله	۱/۸۰	۰/۳۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	-۲/۰۵	۰/۵۰	۰/۰۰۱
پریشانی هیجانی	پیش از مداخله	-۰/۲۵	۰/۱۸	۰/۵۱
	پس از مداخله	۱/۶۵	۰/۳۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱/۳۹	۰/۲۵	۰/۰۰۱
پایداری به درمان	پیش از مداخله	-۱/۶۵	۰/۳۵	۰/۰۰۱
	پس از مداخله	-۰/۲۶	۰/۱۶	۰/۳۸
	پیگیری	۰/۶۶	۰/۱۴	۰/۰۰۱
پایداری به درمان	پیش از مداخله	۰/۵۵	۰/۱۰	۰/۰۰۱
	پس از مداخله	-۰/۶۶	۰/۱۴	۰/۰۰۱
	پیگیری	-۰/۱۱	۰/۱۱	۰/۶۹

بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، پریشانی هیجانی و پایبندی به درمان در بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی تأثیر معنادار داشته و توانسته منجر به کاهش افسردگی و پریشانی هیجانی و بهبود پایبندی به درمان این بیماران شود. یافته اول پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی با نتایج پژوهش جعفری، کرد تمینی و کهرازئی (۱۴۰۰) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و نشخوار ذهنی زنان مبتلا به سرطان؛ با گزارش لارسون، هارتلی و مک‌هاگ (۲۰۲۲) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی دانشجویان و با کاوش مورگان و همکاران (۲۰۲۱) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش آسیب‌های روان‌شناختی افراد شاغل در بیمارستان همسویی داشت.

در تبیین اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی، باید ذکر کرد فرایندهای محوری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پژوهش حاضر در پی آن بود تا به بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی آموزش دهد، دست از کنترل افکار و هیجانات خود برداشته و فنون بکار گرفته شده برای کنترل فکر و هیجان را رها کنند، به چه شیوه‌ای با افکار، هیجانات، احساس‌های مزاحم و اضطراب‌زا در هم‌آمیخته نشوند و هیجان‌های خود را به شکل مناسب پردازش و مدیریت نمایند. چنین فرایندی باعث شد تا بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی

همانگونه نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات مرحله پیش از مداخله با پس از مداخله و پیگیری در متغیرهای افسردگی، پریشانی هیجانی و پایبندی به درمان تفاوت معنادار وجود دارد. این بدان معنا است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته به شکل معناداری نمرات پس از مداخله و پیگیری متغیرهای افسردگی، پریشانی هیجانی و پایبندی به درمان را نسبت به مرحله پیش از مداخله دچار تغییر نمایند. یافته دیگر این جدول نشان داد که بین میانگین نمرات مرحله پس از مداخله و پیگیری تفاوت معنادار وجود ندارد. این یافته را می‌توان این چنین تبیین نمود که نمرات متغیرهای افسردگی، پریشانی هیجانی و پایبندی به درمان بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی که در مرحله پس از مداخله دچار کاهش معنادار شده بود، توانسته این تغییر را در طول دوره پیگیری نیز حفظ نماید. در یک جمع‌بندی می‌توان بیان نمود درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته منجر به کاهش معنادار میانگین نمرات متغیرهای افسردگی، پریشانی هیجانی و پایبندی به درمان بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی در مرحله پس از مداخله شده و این اثر در مرحله پیگیری نیز ثبات خود را حفظ نموده است.

نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی هیجانی و پایبندی به درمان در بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی اجرا شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی

جهت نیل به اهداف مشخص شده و بهبود قدرت مقابله‌ای و مهارت حل مساله در جریان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی را در مسیر سازنده روانی و هیجانی قرار داده و افسردگی آنان را کاهش دهد. یافته دوم پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی هیجانی در بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی با نتایج پژوهش موسوی و همکاران (۱۴۰۰) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی در زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک؛ با یافته خلعتبری و همکاران (۱۳۹۹) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ولع خوردن، کیفیت زندگی و پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲؛ با گزارش بنی اسدی و همکاران (۱۴۰۰) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی افراد مبتلا به سرطان پروستات؛ و با مطالعه هیوان و همکاران (۲۰۲۱) مبنی بر تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتارهای ارتقا دهنده سلامت روانی و هیجانی بیماران همسو بود. در تبیین یافته حاضر می‌توان بیان کرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خلاف رویکرد درمان شناختی رفتاری سنتی مستقیماً بر روی کاهش نشانگان آسیب‌زای شناختی و هیجانی عمل نمی‌کند، بلکه در عوض سودمندی و کارکرد تجارب روان‌شناختی نظیر افکار، احساسات، خاطرات، احساسات روان‌شناختی و هیجانات را هدف قرار می‌دهد و فعالیت‌های معنادار زندگی را بدون توجه به وجودشان

بتوانند خود را از درآمیختگی با افکار، هیجانات، احساس‌ها و شناخت‌های مخرب رهانیده و خودمدیریتی هیجانی، روانی و شناختی بالاتری را تجربه نمایند. چنین روندی باعث شد تا بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی بتوانند با کنار نهادن درآمیختگی شناختی و هیجانی، افسردگی کمتری را تجربه نمایند. این در حالی بود که بهره‌گیری از تکنیک‌های گسلش و پذیرش در فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث می‌شود که افراد از موقعیت‌های هیجانی تنیدگی‌زا احساس رنج کمتری را تجربه نمایند (بهاتاب و ال‌هادی، ۲۰۲۱). بر این اساس بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی با بکارگیری فنون آگاهی و مدیریت افکار و هیجانات ناشی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نسبت به بروز افسردگی در فرایند شناختی و هیجانی خود بینش یافته و تلاش می‌کنند تا با شکل‌دهی افکار، هیجانات و احساس‌های مثبت حاصل از پی‌جویی ارزش‌های جدید زندگی خود، هیجانات خود را به شکل بیشتری بروز داده و در نتیجه افسردگی کمتری را تجربه نمایند. علاوه بر این بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی در اثر دریافت مفاهیم و استعاره‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرا گرفتند که به اهداف سازنده زندگی خود پایبند باشند و شرایط حال حاضر خود مبنی بر بیماری دیابت را پذیرفته و به جای کلنجار رفتن روزانه و برخورد هیجانی با مسائل مربوط به این بیماری، به صورت هدفمند در زندگی عمل کنند. در نهایت شکل‌دهی ارزش‌های جدید، مشخص کردن اهداف سازنده در زندگی، عمل متعهدانه در

مبتلا به دیابت نوع دو، با یافته شهابی و همکاران (۱۳۹۹) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری بیماران قلبی مراجعه‌کننده به بخش بازتوانی قلب؛ و با نتایج پژوهش بهاتاب و الهادی (۲۰۲۱) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان با اختلال در سلامت روانی همسویی داشت. در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان گفت در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این بود که به آن‌ها کمک شود تا افکار آزاردهنده‌شان را فقط به‌عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به‌جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، پردازند (بهاتاب و الهادی، ۲۰۲۱). این فرایند زمانی ارزشمندتر می‌شود که ذکر گردد پایبندی به درمان به عنوان یکی از ارزش‌های تصریح شده بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی در پژوهش حاضر مورد توجه قرار گرفت. بنابراین بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی با توجه به پایبندی به درمان به عنوان یکی از ارزش‌ها و اهداف مهم زندگی تلاش نمودند که نسبت به آن حساسیت بیشتری را از خود نشان دهند. همچنین می‌توان گفت که یکی از مراحل مهم در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، دادن مسئولیت و تکالیف بیشتر به درمانجویان است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با دادن تکالیف مناسب و کار بر روی ارزش‌ها می‌تواند مسئولیت‌پذیری درمانی را در بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی افزایش دهد. بدین ترتیب درمان

پیگیری می‌کند (هیوان و همکاران، ۲۰۲۱). بر این اساس به نظر می‌رسد تغییرات درمانی این روش ناشی از تکنیک‌هایی است که به بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی کمک نموده تا حالات روان‌شناختی و هیجانی خود را بتوانند بیشتر بپذیرند و از میزان اجتناب آنها کاسته شده و آنها با این روش پی‌جویی ارزش‌های زندگی‌شان همانند پیگیری روند درمانی، ارتباطات اجتماعی و هیجانی و رابطه با دوستان و اعضای خانواده را بیشتر دنبال می‌کنند و این مکانیزم‌ها همان مکانیزم‌هایی هستند که در تعریف و ضابطه‌مندی کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به آنها اشاره شده است. چنین فرایندی سبب می‌شود تا بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی با گسترش دامنه ارتباطات اجتماعی و پیگیری روند درمانی، آرامش درونی و روانی بیشتری را تجربه نموده و در نتیجه پریشانی هیجانی آنان نیز کاهش می‌یابد. یافته سوم پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش پایبندی به درمان در بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی با نتایج پژوهش احمدی و همکاران (۱۴۰۰) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش ترس از عود بیماری در بیماران مبتلا به سرطان پستان؛ با یافته محدث شکوری گنجوی و همکاران (۱۳۹۹) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سطح قند خون ناشتا و خودکارآمدی در زنان مبتلا به دیابت نوع دو؛ با گزارش نصیری و همکاران (۱۳۹۹) مبنی بر تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و هموگلوبین گلیکوزیله ی بیماران

فیزیولوژیکی و پزشکی برای بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی، به فرآیندهای روان‌شناختی و عاطفی آنها نیز توجه کافی شود تا درمانگران بتوانند از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای این دسته از افراد جهت کاهش افسردگی و پریشانی هیجانی و بهبود پایداری به درمان آنان استفاده نمایند تا این افراد بتوانند روند عادی زندگی خود را بهتر دنبال کنند.

سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکترای تخصصی نویسنده اول مقاله در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نایین بود. بدین وسیله از تمام بیماران حاضر در پژوهش و مسئولان مراکز درمانی و درمانگاه‌های بیماران دیابتی شهر اصفهان که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

مبتنی بر پذیرش و تعهد با ایجاد مسئولیت‌پذیری باعث می‌شود بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی با پیگیری روند درمانی خود، پایداری به درمان بالاتری را از خود نشان دهند.

دامنه تحقیق حاضر محدود به افراد مبتلا به دیابت نوع دو مبتلا به افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان بود. علاوه بر این این پژوهش با محدودیت در عدم کنترل متغیرهای تأثیرگذار اجتماعی، خانوادگی و شخصیتی بر پریشانی هیجانی و پایداری به درمان در بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی و عدم استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود به منظور افزایش تعمیم‌پذیری یافته‌ها، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این تحقیق در سایر استان‌ها و مناطق با فرهنگ‌های مختلف با توجه به نگرش‌ها و باروهای اجتماعی مختلف در حوزه بیماری‌های مزمن، کنترل عوامل ذکر شده و روش نمونه‌گیری تصادفی انجام شود. همچنین در سطح عملی پیشنهاد می‌شود علاوه بر درمان‌های

منابع

- احمدی، س.، وزیری، ش.، آهی، ق.، لطفی، ق. (۱۴۰۰). مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت درمانی در کاهش ترس از عود بیماری در بیماران مبتلا به سرطان پستان. سلامت اجتماعی، ۸(۳)، ۴۱۶-۴۲۶.
- اصلی آزاد، م.، منشی، غ.، قمرانی، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان وسواس - ناخودداری و
- درآمیختگی فکر و عمل در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس - ناخودداری. فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی، ۱۸(۷۳)، ۶۷-۷۶.
- امینی، ر.، نجفی، ه.، ثمری، ب.، خداویسی، م.، تاپاک، ل. (۱۳۹۹). تاثیر به‌کارگیری برنامه مراقبت در منزل بر پیروی درمانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. آموزش و سلامت جامعه، ۷(۳)، ۱۸۷-۱۹۳.

پذیرش و تعهد بر ولع خوردن، کیفیت زندگی و پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *روانشناسی سلامت*، ۹(۴)، ۲۴-۷.

ریسیان، ا.، گلزاری، م.، برجعلی، ا. (۱۳۹۰). اثربخشی امیددرمانی بر کاهش میزان افسردگی و پیشگیری از عود در زنان درمانجوی وابسته به مواد مخدر. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۵(۱۷)، ۴۰-۲۱.

شهابی، ع.، احتشام‌زاده، پ.، عسگری، پ.، مکنوندی، ب. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تصویرسازی ذهنی هدایت شده بر تاب‌آوری بیماران قلبی مراجعه‌کننده به بخش بازتوانی قلب، *افتخ دانش*، ۲۶(۳)، ۲۷۶-۲۹۷.

فتحی، ا.، حاتمی ورزنده، ا.، اصلی‌آزاد، م.، فرهادی، ط. (۱۳۹۵). تاثیر آموزش گروهی خودبخشودگی مبتنی بر مفاهیم قرآنی بر افسردگی دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه. *اندیشه‌های نوین تربیتی*، ۱۲(۳)، ۱۱۰-۱۳۰.

قانعی قشلاق، ر.، عبادی، ع.، ویسی رایگانی، ع.ا.، نوروزی تبریزی، ک.، دالوندی، ا.، محمودی، ح. (۱۳۹۴). تعیین روایی ملاک مقیاس تبعیت از رژیم دارویی موریسکی در بیماران دیابتی نوع دو، *پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۱(۳)، ۳۲-۲۴.

کوشیار، ه.، شوروزی، م.، دلیر، ز.، حسینی، م. (۱۳۹۲). بررسی رابطه سواد سلامت با تبعیت

بنی‌اسدی، ف.، پورشریفی، ح.، برجعلی، ا.، مفید، ب. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی افراد مبتلا به سرطان پروستات. *طب پیشگیری*، ۱۲(۱)، ۲۲-۱۲.

توکلی، ز.، کاظمی زهرانی، ح. (۱۳۹۷). اثربخشی مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مشکلات پریشانی و خودتنظیمی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، *پژوهش پرستاری*، ۱۳(۲)، ۴۱-۴۸.

جعفرزاده فخاری، م.، تیرایی، ی.، معتکف‌فر، م.، عزیزی، س. (۱۳۹۷). بررسی تاثیر آرام‌سازی پیشرونده عضلانی بر افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، *دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۵(۱)، ۱۱۱-۱۱۷.

جعفری، س.، کرد تمینی، ب.، کهرزائی، ف. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و نشخوار ذهنی زنان مبتلا به سرطان. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۸(۳)، ۲۱۰-۲۱۹.

حقیقت، ف.، طهرانچی، ع.، دهکردیان، پ.، رسول‌زاده طباطبایی، س.ک. (۱۳۹۱). بررسی نقش عوامل روان‌شناختی و متغیرهای مرتبط با درد در پریشانی هیجانی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس، *پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۶(۴)، ۱-۱۱.

خلعتبری، آ.، قربان شیرودی، ش.، زربخش، م.، تیزدست، ط. (۱۳۹۹). مقایسه اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر

پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی در زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰(۹۹)، ۴۵۳-۴۶۹.

نصیری، ف.، امید، ع.، مظفری، م.، موسوی، س.غ.، جوکار، س. (۱۳۹۹). بررسی تاثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و هموگلوبین گلیکوزیله بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، *فیض*، ۲۴(۲)، ۲۰۹-۲۱۸.

یعقوبی، ح. (۱۳۹۴). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه ۱۰ سوالی پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر (K-۱۰). *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۶(۴)، ۴۵-۵۷.

از رژیم درمانی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان مبتلا به دیابت ساکن جامعه. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۳(۱)، ۱۳۴-۱۴۳.

محدث شکوری گنجوی، ل.، احدی، ح.، جمهری، ف.، خلعتبری، ج. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سطح قند خون ناشتا و خودکارآمدی در زنان مبتلا به دیابت نوع II، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۲۱(۴)، ۴۶-۵۹.

موسوی، س.، خواجه‌وند خوشلی، ا.، اسدی، ج.، عبداله‌زاده، ح. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر

Andrews, G., Slade, T. (2003). Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (k10). *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25, 494-497.

Bahattab, M., AlHadi, A.N. (2021). Acceptance and commitment group therapy among Saudi Muslim females with mental health disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 19, 86-91.

Caletti, E., Massimo, C., Magliocca, S., Moltrasio, C., Brambilla, P., Delvecchio, G. (2022). The role of the acceptance and commitment therapy in the treatment of social

anxiety: An updated scoping review. *Journal of Affective Disorders, In Press, Journal Pre-proof.*

Chima, C.C., Salemi, J.L., Wang, M., Mejia de Grubb, M.J., Gonzalez, S.J., Zoorob, R.J. (2017). Multimorbidity is associated with increased rates of depression in patients hospitalized with diabetes mellitus in the United States. *Journal of Diabetes and its Complications*, 31(11), 1571-1579.

Crosby, J.M., Twohig, M.P. (2016). Acceptance and Commitment Therapy for Problematic Internet Pornography Use: A Randomized

- Trial, *Behavior Therapy*, 47 (3), 355-366.
- Graham, E., Deschênes, S.S., Rosella, L.C., Schmitz, N. (2021). Measures of depression and incident type 2 diabetes in a community sample. *Annals of Epidemiology*, 55, 4-9.
- Green, K., Karraki, H. (2010). *Life span developmental psychology: Prospective on stress and coping* (pp. 151-174). Hillsdale, N. J: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hein, M., Lanquart, J., Loas, G., Hubain, P., Linkowski, P. (2018). Prevalence and Risk Factors of Type 2 Diabetes in Major Depression: A Study on 703 Individuals Referred for Sleep Examinations. *Psychosomatics*, 59(2), 144-157.
- Huang, B., Huang, Z., Tan, J., Xu, H., Deng, K., Cheng, J., Ren, Z., Gong, X., Gao, Y. (2021). The mediating and interacting role of physical activity and sedentary behavior between diabetes and depression in people with obesity in United States. *Journal of Diabetes and its Complications*, 35(1), 107-112.
- Kalangadan, A., Puthiyamadathil, S., Koottat, S., Rawther, S.C.H., Beevi, A. (2020). Sociodemographics, clinical profile and health promotion behaviour of people with type 2 diabetes mellitus. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 8(3), 845-849.
- Kelly, K.R., Fernandez, J.R., Moses, M.G., Golembeski, D.M., Olenik, N.L. (2021). Exploring diabetes management behaviors among varying health literacy levels: A qualitative analysis. *Journal of the American Pharmacists Association*, 61(4), 25-29.
- Kessler, R.C., Barker, P.R., Colpe, L.J., Epstein, J.F., Gfroerer, J.C., Hiripi, E., Howes, M.J., Normand, S-L.T., Manderscheid, R.W., Walters, E.E. & Zaslavsky, A.M. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General psychiatry*, 60(2), 184-189.
- Knyahnytska, Y., Williams, C., Dale, C., Webster, F.(2018). Changing the Conversation: Diabetes Management in Adults With Severe Mental Illnesses and Type 2 Diabetes. *Canadian Journal of Diabetes*, 24(6), 595-602.
- Larsson, A., Hartley, S., McHugh, L. (2022). A randomised controlled trial of brief web-based acceptance and commitment Therapy on the general mental health, depression, anxiety and stress of college Students.

- Journal of Contextual Behavioral Science*, 24, 10-17.
- Lunghi, C., Zongo, A., Tardif, I., Demers, E., Diendéré, J.D.R., Guénette, L. (2021). Depression but not non-persistence to antidiabetic drugs is associated with mortality in type 2 diabetes: A nested case-control study. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 171, 108-113.
- Morgan, T.A., Dalrymple, K., D'Avanzato, C., Zimage, S., Balling, C., Ward, M., Zimmerman, M. (2021). Conducting Outcomes Research in a Clinical Practice Setting: The Effectiveness and Acceptability of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in a Partial Hospital Program. *Behavior Therapy*, 52(2), 272-285.
- Morisky, D.E., Ang, A., Krousel-Wood, M., Ward, H.J. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *Journal of Clinical Hypertension*, 10(5), 348-354.
- Ong, C.W., Lee, E.B., Krafft, J., Terry, C.L., Barrett, T.S., Levin, M.E., Twohig, M.P. (2019). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for clinical perfectionism. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 22, 1004-1009.
- Park, S., Park, K. (2021). Association between the level of adherence to dietary guidelines and depression among Korean patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*, 145, 110-114.
- Powers, M.A., Bardsley, J., Cypress, M., Duker, P., Funnell, M.M., Fischl, A.H., Maryniuk, M.D., Siminerio, L., Vivian, E. (2016). Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes: a joint position statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *Clinical Diabetes*, 34(2), 70-80.
- Sapra, R., Gupta, M., Sapra, R.L. (2018). Prevalence of obesity and awareness about diabetes among adolescents of schools of Delhi. *Current Medicine Research and Practice*, 8(2), 45-51.
- Tan, K.C., Chan, G.C., Eric, H., Maria, A.I., Norliza, M.J., Oun, B.H. (2019). Depression, anxiety and stress among patients with Diabetes in primary care: A cross-sectional study. *Malaysian Family Physician*, 10(2), 9-14.

- Vasiliadis, H.M., Chudzinski, V., Gontijo-Guerra, S., Prévile, M.(2015). Screening instruments for a population of older adults: The 10-item Kessler Psychological Distress Scale (K10) and the 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7). *Psychiatry Research*, 228(1), 89-94.
- Wynne, B., McHugh, L., Gao, W., Keegan, D., Byrne, K., Rowan, C., Hartery, K., Kirschbaum, C., Doherty, G., Cullen, G., Dooley, B., Mulcahy, H.E.(2019). Acceptance and Commitment Therapy Reduces Psychological Stress in Patients With Inflammatory Bowel Diseases. *Gastroenterology*, 156(4), 935-945.
- Zhao, C., Lai, L., Zhang, L., Cai, Z., Ren, Z., Shi, C., Luo, W., Yan, Y. (2020). The effects of acceptance and commitment therapy on the psychological and physical outcomes among cancer patients: A meta-analysis with trial sequential analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 140, 110-114.

