EFFECTIVENESS OF ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY ON PATIENTS' QUALITY OF LIFE

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Quality of Life among Patients with Type 2 Diabetes

Narges FathiAhmadsaraei
PhD student of Psychology, Islamic Azad University,Isfahan (Khorasgan)branch, Isfahan ,Iran .

Hamid Taher NeshatDoost
*Department of Psychology, Islamic Azad University,Isfahan (Khorasgan)branch, Isfahan ,Iran. (Corresponding Author) Email:neshat@yahoo.co.uk

GholamReza Manshaee
Assistant Professor in Psychology, Islamic Azad University,Isfahan (Khorasgan) branch, Isfahan ,Iran.

MohammadAli Nadi
Assistant Professor in Psychology, Islamic Azad University,Isfahan (Khorasgan) branch, Isfahan ,Iran.

Received: 10 April 2016
Accepted: 07 JuNe 2016

ABSTRACT

Background and objective: Diabetes is one of the chronic disease that has the most negative effects on the quality of life. This study was aimed to investigate the impact of acceptance and commitment therapy (ACT) on quality of life among patients with type 2 diabetes.

Materials and methods: In this quasi-experimental study a pre-test, posttest and a three month follow-up test was used. Among patients from the Diabetes Association in Alborz Province in Iran, 40 diabetic patients were randomly assigned to an experimental and a control group. The instruments for gathering data were demographic characteristics and a shortened form of quality of life questionnaire (DQOL). Besides using their diabetes drugs, during 8 weeks, and each week 2 hours, the experimental group participated in ACT sessions; but the control group only received diabetes drugs. The data were analyzed using covariance analysis, Tukey post hoc test and to compare post-test and medium follow up of two groups the dependent t-test was used through SPSS 20.

Results: ACT in post-test and follow up increased as a psychological intervention of quality of life was used among patients with type 2 diabetes.

Conclusion: ACT can be used as an effective psychological intervention on the quality of life in patients with type 2 diabetes.

Paper Type: Research Article.

Keywords: Type 2 diabetes, Acceptance and commitment therapy (ACT), Quality of life, Karaj, Alborz Province.

▶ **Citation:** FathiAhmadsaraei N., NeshatDoost H. T., Manshaee G.R., Nadi M.A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Quality of Life among Patients with Type 2 Diabetes. *Iran J Health Educ Health Promot*. Spring 2016;4(1):31-39.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-06]

[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.31]

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مبتلایان

تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مبتلایان به دیابت نوع دوم

نرگس فتحی‌احمدسرائی
دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

حمیدطاهر نشاط‌دوست
* دکتری روان‌شناسی، استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول).
Email:neshat@yahoo.co.uk

غلامرضا منشئی
دکتری روان‌شناسی. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

محمدعلی نادی
دکتری روان‌شناسی. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۱/۲۲
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۳/۱۸

چکیده

زمینه و هدف: دیابت یکی از بیماری‌های مزمن است که بیشترین تأثیر منفی را بر روند کیفیت زندگی دارد. هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی در بیماران دیابتی نوع دوم است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون است؛ که دارای گروه‌های مداخله و کنترل سه‌ماهه بود. از بین بیماران تحت پوشش انجمن دیابت در شهر کرج در استان البرز بر مبنای نمونه‌گیری در دسترس، ۴۰ بیمار انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. ابزار سنجش پرسشنامه‌های جمعیت‌شناسی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی بود. افراد گروه مداخله، علاوه بر دریافت داروهای ضد دیابت، ۸ هفته و هر جلسه ۲ ساعته پیرامون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آموزش دیدند؛ اما گروه کنترل تنها درمان دارویی دریافت کردند. برای تحلیل داده‌ها از SPSS ۲۰ و آزمون تحلیل کواریانس، آزمون تعقیبی توکی و برای مقایسه پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمره‌های گروه‌ها از آزمون تی وابسته استفاده شد.

یافته‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه آزمون کیفیت زندگی باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران شد.

نتیجه‌گیری: اِعمال درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به‌منزله یک مداخله مؤثر روان‌شناختی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم بکار رود.

نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

کلیدواژه: دیابت نوع دوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، کرج، استان البرز.

◀ **استناد:** فتحی‌احمدسرائی ن.، نشاط‌دوست ح.ط.، منشئی غ.، نادی م.ع. تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مبتلایان به دیابت نوع دوم. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. بهار ۱۳۹۵؛۴(۱):۳۱-۳۹.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-06]

[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.31]

مقدمه

دیابت شایع‌ترین بیماری مزمن متابولیک است؛ که از طریق ناهنجاری در سوخت‌وساز کربوهیدرات، پروتئین و چربی توصیف می‌شود. معمولی‌ترین علائم آن، عدم تحمل گلوکز یا ازدیاد قندخون است. به همین دلیل، فرد به عوارض کوتاه و بلندمدت دیابت مبتلا می‌شود (۱). دیابت عوارض مانند افزایش سکته قلبی و مغزی، نارسایی کلیوی، نابینایی و قطع عضو دارد (۲). میزان شیوع نوع دوم آن به‌مراتب بیشتر از نوع اول است. شیوع دیابت، طی دو دهه گذشته به نحو چشمگیری افزایش‌یافته است و تخمین زده می‌شود که تا سال ۲۰۳۰ به بیش از ۴۳۸ میلیون نفر افزایش یابد (۱، ۳).

بین بیماری و کیفیت زندگی ارتباط متقابل دوسویه وجود دارد (۴). کیفیت زندگی نشانگر ادراک فرد به توانایی در عملکرد خوب در سطح جسمی، روانی و اجتماعی است (۵). بروز دیابت، جریان منظم زندگی را مختل کرده و کیفیت زندگی افراد را در ابعاد مختلف تحت تأثیر قرار می‌دهد (۶). زیرا عوارض این بیماری زیاد، درمان آن درازمدت و موفقیت آن کم است (۷-۸). اصلاح «کیفیت زندگی» تنها برای بیماران دیابتی سودمند است، بلکه هزینه‌های مراقبت بهداشتی و پزشکی مرتبط با آن‌ها را نیز کاهش می‌دهد (۹-۱۰). روان‌درمانی در بیماران دیابتی می‌تواند سبب بهبود تحمل شرایط درمان، کیفیت بهتر زندگی، ایجاد پایبندی به درمان و تغییر سبک زندگی شود (۱۱). بهبود کیفیت زندگی یکی از اهداف اولیه درمان و شاخص مهم درمانی در کنترل بیماری دیابت محسوب می‌شود (۱۲). ازاین‌رو، ارتقا کیفیت زندگی بیماران برای بسیاری از درمانگران، ازجمله روان‌شناسان، از اهمیت به سزایی برخوردار است.

مداخلاتی که بر پایه آموزش روان و آموزش‌های روان‌شناختی است، از جایگاه ویژه برخوردارند. در اکثر تحقیقات پیشین روان‌شناختی، جهت ارتقا کیفیت زندگی بیماران دیابتی، از رویکرد شناختی (۵-۷، ۱۳) یا شناختی‌رفتاری استفاده‌شده است (۱۴). هدف از این رویکرد «شناسایی و به حداقل رساندن تحریف شناختی، کنترل مشکل و تحلیل منطقی است» (۱۵). برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تلاش برای به حداقل رساندن، کنترل و سرکوب اضطراب، افکار، درد و غیره سبب تولید مجدد آن می‌شود (۱۶). درمانِ پذیرش و تعهد با رویکردی جدید توانسته نتایج خوبی را نشان دهد. این نوع درمان، از درمان‌های رفتاری موج سوم است که بر هوشیاری فراگیر، همراه با گشودگی و پذیرش درد تأکید می‌کند (۱۷). یعنی فرد بدون تلاش برای کنترل بر افکار مربوط به بیماری، به افکارمرتبط با بیماری اجازه حضوردر ذهن دهد. هنگامی‌که این تجربیات، یعنی افکار و احساسات، با گشودگی و پذیرش مشاهده شوند، حتی دردناک‌ترین آن‌ها کمتر تهدیدکننده و قابل تحمّل‌تر به نظرمی رسند (۱۸) و در عوض اعمال کنترلی غیرمؤثر کاهش می‌یابند. به بیمار در این رویکرد آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر بوده یا اثر معکوس دارند و باید تجارب را، بدون هیچ‌گونه واکنش جهت حذف آن‌ها، به‌طور کامل پذیرفت. پذیرش بیماری کمک می‌کند تا بیمار دید درستی نسبت به فرایند درمان داشته باشد و با تعهد درمان را دنبال کند؛ و بدین ترتیب، با افزایش پذیرش بیماری و تعهد به درمان کیفیت زندگی بالا می‌رود (۱۹). تأکید در این نوع درمان بر جدای شدن از افکار و احساسات و تغییر کنش آن، زندگی در لحظه فعلی، تشخیص ارزش‌ها و عمل متعهدانه است (۲۰-۲۱). این درمان در کنترل گلوکز خون در دیابتی‌ها(۲۲)، بهبود کیفیت و رضایت زندگی و عملکرد موفق درکنترل پیامدهای بیماری دیابت (۱۹) و در خودمدیریتی دیابت نوع دوم (۲۳) نتایج مثبتی داشته و سودمندی آن به‌عنوان یک نوع مداخله برای طیف وسیعی از اختلالات مزمن ازجمله اضطراب، افسردگی، درد و دیابت مؤثر بوده است (۲۴).

برتری این روش، استفاده از برخی راهبردها، مانند ناامیدی خلاق، آگاهی فعال از خود و تعهد رفتاری است که سبب افزایش بیشتر تحمل درد، کاهش افکار و احساسات منفی و ارتقا کیفیت زندگی می‌شود (۱۶) تا انگیزه جهت درمان افزایش یابد. با افزایش

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-06]
[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.31]

انگیزه درمان، مراقبت فرد بیشتر شده و درنتیجه کیفیت زندگی ارتقا می‌یابد. در درمانِ پذیرش و تعهد، هدف کلی پذیرش زندگی همراه با بیماری و سازش شناختی با آن است. با این توصیف، این تحقیق با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دوم انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، یک طرح شبه آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون توأم با گروه کنترل و آزمون پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری آن بیماران مراجعه‌کننده به انجمن دیابت شهر کرج بود. در یک مطالعه مقطعی تعداد ۳۷۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع دوم در بهار ۱۳۹۳، که عضو انجمن دیابت کرج و واجد شرکت در پژوهش بودند مورد بررسی قرار گرفتند. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به مطالعه عبارت بودند از: بیماران با دامنه سنی ۳۰-۶۰ سال، تحصیلات حداقل سیکل، طول مدت بیماری بیش از پنج سال، سکونت در استان البرز، نداشتن اختلالات روان‌پزشکی، بینایی و شنوایی، بیماری شدید کلیه و کبد و استفاده نکردن از روان‌درمانی و تغییر دارویی خارج از مداخله پژوهش. معیارهای خروج آنان نیز ابتلا به دیگر انواع دیابت، بستری‌شدن در بیمارستان در طول پژوهش، ابتلا به عوارض دیابتی مانع از انجام تحقیق، غیبت بیش از سه جلسه و تغییر محل سکونت بودند. در این بین ۲۱۷ نفر از بیماران واجد ملاک‌های ورودی بودند؛ که به پرسشنامه کیفیت زندگی پاسخ دادند. از ۲۱۷ نفر ۴۶ نفر نقطه برش کیفیت ضعیف (صفر تا ۳۷) (۲۹) را به دست آوردند و درنهایت شش نفر انصراف داده و از فرایند پژوهش حذف شدند و ۴۰ آزمودنی انتخاب شدند. سپس شماره پرونده بیماران منتخب، به نرم‌افزار MS Excel وارد شدند و بیماران به شکل تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. اساس مطالعات پیشین (۲۲، ۲۵-۲۶) و همچنین نوع تحقیق (آزمایشی) بیماران در دو گروه به‌صورت تصادفی (در هر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند (۲۷).

ابزار این پژوهش پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی (سن، جنسیت، تحصیلات و شغل) بود؛ که بر اساس شاخص چهار عاملی هالینگستد تنظیم شد (۲۸). فرم کوتاه‌شده پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران دیابتی با ۱۵ سؤال طراحی‌شده ای. باروگز و همکاران در سال ۲۰۰۴ (۲۹)که ثبات درونی آزمون ۰/۷۷ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند. ثبات درونی و ضریب آلفای کرونباخ برای کل سؤالات فرم ایرانی ابزار ۰/۷۷ است: صفر تا ۱۸ حداقل کیفیت زندگی، ۱۹ تا ۳۷کیفیت ضعیف، ۳۸ تا ۵۶ کیفیت متوسط و ۵۷ تا ۷۵ کیفیت خوب (۲۹). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۰ بود.

ملاحظات اخلاقی مطالعه رضایت آگاهانه از شرکت در پژوهش بود. به جای نام افراد، از شماره پرونده آن‌ها استفاده شد. توافق بر سر زمان و مکان جلسات (انجمن دیابت کرج).نیز انجام شد. درنهایت، پس از پایان پژوهش برنامه جلسات به گروه کنترل نیز ارائه شد.

روش اجرا و تحلیل: نمره کیفیت زندگی در تمام بیماران منتخب (با توجه به نتایج پیش‌آزمون) پایین بود. ازآنجاکه پذیرش بیماری، توانمندی روان‌شناختی، کنترل هیجانات و تعهد در قبال درمان می‌توانست سبب ارتقا کیفیت زندگی شود (۲۰-۲۱، ۲۵)، گروه مداخله در هشت جلسه آموزشی درمانِ پذیرش و تعهد (بر طبق پروتکل) [1] (۲۵)شرکت کردند؛ مدت‌زمان هر جلسه دوساعت بود و موارد آموزشی عبارت بودند از: شناخت مشکلات فعلی بیماران، آموزش مفاهیم شروع درمان (درماندگی خلاق) با تمثیل و بازخورد، آموزش کنترل مسئله نه راه‌حل، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش، کمک برای تشخیص گسلش شناختی (یعنی جدایی بیماری جسمانی از کل فرایند زندگی) و راهبردهای آن، تمرکز بر کل زندگی و نه‌فقط فرایند بیماری، حساسیت به نقش (زمینه) رفتار و آموزش تصریح ارزش‌ها و اهداف زندگی، آموزش عمل متعهدانه (در کنترل هیجانات و بیماری) و نتیجه‌گیری). گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. بلافاصله پس از پایان جلسات و سه ماه پس از اجرای پس‌آزمون، آزمون پیگیری از هر دو گروه گرفته شد. برای تحلیل داده‌ها از

1. The ACT protocol; http://www.health.act.gov.au/sites/default/files/Number%205%20-%20The%20Epidemiology%20of%20Diabetes%20Mellitus%20in%20the%20ACT.pdf

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-06]
[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.31]

SPSS ۲۰ و آزمون تحلیل کواریانس، آزمون تعقیبی توکی و برای مقایسه پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمره‌های گروه‌ها از آزمون تی وابسته استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سن گروه مداخله ۴۴/۴۲ و انحراف معیار ۵/۴۷ و در گروه کنترل نیز میانگین ۴۱/۲۴ و انحراف معیار آن ۷/۸۷ بود. بین گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد (P<۰/۰۵). سایر مشخصات جمعیت‌شناختی افراد موردمطالعه در جدول ۱ ارائه‌شده است. مطابق جدول ۱ متغیرهای جمعیت‌شناختی و کیفیت زندگی در دو گروه تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد (P<۰/۰۵).

جدول ۱. مقایسه میانگین نمره اولیه کیفیت زندگی در افراد گروه مداخله و کنترل برحسب متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیر		گروه مداخله			گروه کنترل		
		میانگین	انحراف معیار	معناداری	میانگین	انحراف معیار	معناداری
جنس	زن	۲۴/۰۵	۵/۲۴	۰/۲۱	۲۵/۵۲	۶/۰۳	/۳۱
	مرد	۲۶/۷۳	۴/۹۹		۲۴/۸۳	۵/۴۱	
تحصیلات	زیر دیپلم	۳۶/۴۰	۵/۴۱	۰/۱۱	۳۲/۳۴	۷/۰۴	۰/۲۲
	دیپلم	۳۴/۵۱	۵/۶۰		۳۶/۲۸	۳/۳۲	
	کارشناسی	۳۲/۲۸	۶/۴۱		۳۱/۳۳	۳/۴۲	
سن	۳۰-۴۵	۳۶/۳۸	۶/۴۲	۰/۳۲	۳۵/۵۱	۴/۹۶	۰/۳۱
	۴۶-۶۰	۳۰/۳۴	۶/۴۷		۳۱/۴۲	۵/۵۴	
شغل	خانه‌دار	۳۱/۲۹	۶/۴۰	۰/۲۵	۳۰/۳۸	۴/۲۳	۰/۴۱
	کارمند	۲۹/۳۳	۷/۵۲		۳۲/۵۴	۷/۳۹	
	آزاد	۳۱/۲۵	۴/۲۳		۳۳/۲۵	۴/۸۷	

سنجش کیفیت زندگی هر گروه در سه مرحله قبل، بعد و سه ماه پس از اعمال متغیر مستقل (پذیرش و تعهد) انجام شد. میانگین گروه مداخله، پس از مداخله و پیگیری نسبت به سنجش در خط پایه (پیش از مداخله) به‌طور معناداری در کیفیت زندگی افزایش داشت؛ ولی در گروه کنترل در هر سه مرحله تغییر معناداری نداشت (جدول ۲).

جدول ۲. میانگین نمره و انحراف معیار کیفیت زندگی دو گروه مداخله و کنترل در سه زمان (قبل، بلافاصله و سه ماه بعد از مداخله)

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	M	SD	M	SD	M	SD
آزمایش	۲۶/۱	۳/۷۹	۳۳/۷۵	۷/۲۶	۳۹/۷	۷/۵۸
کنترل	۲۶/۶۵	۵/۲۴	۳۰/۲	۵/۵۰	۲۸/۷۵	۴/۷۶

میانگین نمره کیفیت زندگی در دو گروه در پیش‌آزمون تقریباً مشابه است (PV=۰/۲۰؛ P<۰/۰۵)؛ اما در پس‌آزمون (PV=۰/۰۰۱) و پیگیری (PV=۰/۰۰۳) کیفیت زندگی گروه آزمایشی افزایش داشت و در گروه کنترل در سه زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تغییری نداشت (P<۰/۰۵). به‌منظور بررسی اثربخشی آموزش بر کیفیت زندگی، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از استفاده از آزمون جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمون باکس برای ارزیابی تشابه ماتریس واریانس/ کوواریانس استفاده شد (F=۰/۵۸ ،P=۰/۸۵) (۱۵۷۴۵/۱۵ و ۱۲). بر اساس آزمون باکس که برای هیچ‌یک از متغیرها معنادار نبود. درنتیجه همگنی ماتریس واریانس/ کوواریانس رعایت شد. همچنین بر اساس آزمون لون و عدم معناداری آن برای همه متغیرها، شرط برابری، واریانس‌های بین گروهی و شرط همگنی ماتریس واریانس/کوواریانس رعایت شد. (Sig < ۰/۰۰۱) و (پیش‌آزمون ۰/۹۵، پس‌آزمون ۰/۲۳ و پیگیری ۰/۶۷).

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس جهت بررسی اثربخشی آموزش بر کیفیت زندگی

	ارزش	F	فرضیه df	df	Sig
اثر پیلایی	۰/۴۲	۷/۷۳	۴	۱۱۴	۰/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۵۷	۸/۹۰	۴	۱۱۲	۰/۰۰۰
اثر هتلینگ	۰/۷۳	۱۰/۰	۴	۱۱۰	۰/۰۰۰
بزرگ‌ترین ریشه خطا	۰/۷۲	۲۰/۷	۲	۵۷	۰/۰۰۰

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-06]
[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.31]

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود بین دو گروه، تفاوت معناداری وجود دارد (F=۸/۹۰ و P <۰,۰۰۱). جدول شماره ۳ نشان داد که آموزش بر کیفیت زندگی اثربخش بوده است. جدول ۴ تفاوت بین گروه‌ها را نشان می‌دهد:

جدول ۴. نتایج تفاوت بین گروهی آموزش بر کیفیت زندگی

گروه	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	Sig	اندازه اثر
آزمایش	۳۰۰۶۲	۱	۳۰۰۶۲	۱۵۲۸	۰/۰۰	۰/۹۹
کنترل	۶/۱۶	۱	۶/۱۶	۲/۲۹	۰/۱۳	۰/۴۱

جدول ۴ نشان داد که در پس‌آزمون گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری در کیفیت زندگی وجود داشته است. (Sig= ۰/۰۰؛ p< ۰/۰۰۱)؛ اما تأثیری بر گروه کنترل نداشت (Sig= ۰/۴۱؛ p <۰/۰۰۱). به‌منظور پی بردن به ماندگاری نتایج در پیگیری، نمرات پس‌آزمون و پیگیری هردو گروه با یکدیگر مقایسه شدند.

جدول ۵. نتایج آزمون t وابسته مقایسه پس‌آزمون و پیگیری کیفیت زندگی در دو گروه

گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار	t	Sig
آزمایش	پس‌آزمون	۳۳/۷۵	۷/۲۶	-۲/۵۳	۰/۰۱۵
	پیگیری	۳۹/۷	۷/۵۸		
کنترل	پس‌آزمون	۳۰/۲	۵/۵۰	۱/۵۵	۰/۱۲
	پیگیری	۲۷/۵۵	۵/۲۶		

در جدول ۵ نتایج آزمون تی وابسته برای کیفیت زندگی در پیگیری تفاوت معناداری نسبت پس‌آزمون داشت.

بحث

در طول ۲۰ سال اخیر، علاقه‌مندی به بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن افزایش‌یافته است و بهبود عملکرد روزانه و کیفیت زندگی این بیماران به‌صورت یک هدف درآمده است (۳۰). هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مبتلایان به دیابت نوع دوم بود. در این تحقیق بررسی مشخصات جمعیت‌شناختی افراد موردمطالعه (جدول ۱) و کیفیت زندگی در دو گروه تفاوت آماری معناداری مشاهده نگردید (p/۰۵>)، بیشتر آزمودنی‌ها به لحاظ سنی با میانگین ۴۴/۴ و میان‌سال بودند؛ که این نتیجه با تحقیقات، اِرِن و همکاران (۳۴) در سال ۲۰۰۷، زاهد و همکاران (۳۵) در سال ۲۰۰۸، هوانگ و همکاران (۳۶) در سال ۲۰۱۰، مت‌زیو و همکاران (۳۷) در سال ۲۰۱۱، مکوندحسینی و همکاران (۲۳) در سال ۲۰۱۴ هماهنگ است و همگی این پژوهش‌ها اذعان دارند که شیوع همزیستی دیابت و افسردگی در میان‌سالی رخ می‌دهد. در تحقیق کنونی بین ویژگی‌های جمعیت‌شناسی جنسیت، تحصیلات و شغل و کیفیت پایین زندگی تفاوت آماری معناداری مشاهده نگردید (p/۰۵>)، که این یافته با تحقیقات سای و همکاران (۳۸) در سال ۲۰۰۸، اِرِن و همکاران (۳۴) در سال ۲۰۰۷ هماهنگ است؛ اما تحقیقات مَکس‌وِل و همکاران (۳۹) در سال ۲۰۱۳، زاهد و همکاران (۳۵) در سال ۲۰۰۸، وِیتسفلدر و همکاران (۴۰) در سال ۲۰۱۰، هوانگ و همکاران (۳۶) در سال ۲۰۱۰، مت‌زیو و همکاران (۳۷) در سال ۲۰۱۱، و اِرِن و همکاران (۳۴) در سال ۲۰۰۷ نشان دادند که جنسیت زن، تحصیلات پایین، شرایط بد شغلی با کیفیت پایین زندگی مرتبط است و بین تحقیق کنونی و این تحقیقات ناهماهنگی وجود دارد. علت آن را می‌توان به استفاده از نمونه کوچک و مقطعی نسبت داد.

نتایج پژوهش نشان داد که آموزش پذیرش و تعهد بر ارتقاء کیفیت زندگی مؤثر است. این یافته کاملاً با تحقیق گِرِگ و همکاران (۲۲) در سال ۲۰۰۷، مکوندحسینی و همکاران (۲۳) در سال ۲۰۱۴ منطبق است. پژوهش دیگری که اثربخشی این برنامه آموزشی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی را موردبررسی قرار داده باشد تا تاریخ اجرای پژوهش یافت نشد. اما می‌توان گفت که این یافته پژوهشی تا حدودی با یافته تحقیقات مشابه در زمینه آموزش تعهد، آداچی و همکاران (۳۱) در سال ۲۰۱۰، منشی و همکاران (۳) در سال ۲۰۰۷؛ دونالد و همکاران (۳۲) در سال ۲۰۱۳، ردمون و همکاران (۳۳) در سال ۲۰۱۰ همخوانی دارد. از سویی نتایج آزمون تی وابسته نشانگر اثربخشی و ماندگاری درمان،

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-06]
[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.31]

در بهبود کیفیت زندگی بیماران است (P< ۰/۰۰۱) که این یافته با تحقیقات گرگ و همکاران (۲۲) در سال ۲۰۰۷، مکوندحسینی و همکاران (۲۳) در سال ۲۰۱۴ منطبق است. همچنین دیگر تحقیقات مشابه در زمینه تأثیر پذیرش در ارتقاء کیفیت زندگی اِرِن و همکاران (۳۴) در سال ۲۰۰۷، زاهد و همکاران (۳۵) در سال ۲۰۰۸، هوانگ و همکاران (۳۶) در سال ۲۰۱۰ و متزیو و همکاران (۳۷) در سال ۲۰۱۱ نیز بر این یافته اذعان دارند که تلاش جهت انکار بیماری کمکی به بیمار نمی‌کند؛ ولی پذیرش و چالش درست سبب بهبود فرایند بیماری شده و با بهترشدن روند درمانی، کیفیت زندگی ارتقا می‌یابد.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش، استفاده از مطالعه مقطعی بود. ماهیت چند رشته‌ای بودن پژوهش (روان‌شناختی و پزشکی) نیز باعث شد که درمان پزشکی کنترل نشود. پروتکل اجراشده در این پژوهش یک برنامه اختصاصی برای بیماران مبتلا به دیابت نبود؛ بلکه یک برنامه عمومی آموزشی درمان پذیرش و تعهد بود. صرف انتخاب بیماران دیابت نوع دوم نیز از دیگر محدودیت‌های پژوهش بو. به همین سبب جهت تعمیم نتایج پیشنهاد می‌شود مداخله مشابهی بر روی سایر انواع دیابت‌ها نیز صورت پذیرد. پیشنهاد می‌شود این پژوهش با نمونه‌های بزرگ‌تر و با پیگیری بلندمدت تکرار شود. همچنین، برنامه اختصاصی درمان پذیرش و تعهد، از سوی متخصصین، برای بیماران دیابتی طراحی شده و ادغام رسمی این آموزش در برنامه درمانی مراقبتی دیابت موردتوجه صاحب‌نظران فعال در این زمینه قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این مطالعه، درمان پذیرش و تعهد با ایجاد پذیرش تجربیات ناخواسته بیماری که خارج از کنترل شخص‌اند و همچنین تعهّد در جهت عمل سبب بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم شد. نتایج این درمان در پس‌آزمون و پیگیری باعث بهبود کیفیت زندگی شده است که ماندگاری درمان را نشان می‌دهد.

سپاسگزاری

پژوهش حاضر با همکاری انجمن دیابت در استان البرز و بیماران عضو این انجمن انجام گرفت. لذا از تمامی دوستانی که ما را در این پژوهش یاری دادند، کمال قدردانی می‌شود.

References

1. Meusel L, Kansal N, Tchistiakova E, Yuen W, MacIntosh B, Greenwood C, et al. A systematic review of type 2 diabetes mellitus and hypertension in imaging studies of cognitive aging: time to establish new norms, Front Aging Neurosci. 2014; 6: 148. Full Text.
2. Egede L, Ellis C, The effect of major depression on preventive care and quality of life among adults with diabetes. Elsevier. 2010;16: 10–12. Full Text
3. Munshi D, Khalida I, Rachel J, Martin P. Diabetes, Common Mental Disorders, and disability: Findings From the UK National Psychiatric Morbidity Survey.Psychosomatic Medicine: 2007; (69) 6: 543-550. Full Text
4. Papelbaum M, Lemos H.M, Duchesne M, Kupfer R, Moreira R.O, Coutinho W.F, The association between quality of life, depressive symptoms and glycemic control in a group of type 2 diabetes patient. Diabetes research & clinical practice.2009;89:227-238. Full Text.
5. Schram M T, Baan C A, Pouwer F. Depression and Quality of Life in Patients with Diabetes: A Systematic Review from the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium. Curr Diabetes Rev. 2009; 5(2): 112–119. Full Text.
6. Adachi M, Yamaoka K, Watanabe M, Nishikawa M, Hida E, Kobayashi I, et al. Effects of lifestyle education program for type 2 diabetes patients in clinics: study design of a cluster randomized trial. BMC Public Health. 2010; 10: 742-749. Full Text.
7. Gillibrand W, Holdich P. Supporting people with diabetes related stress and depression, diabete Evidence-Based Management 21 Practice Nursing. 2010; 21: 7-21. Abstract.
8. Kitzler T. M, Bachar M, Skrabal F, Kotanko P. Evaluation of treatment adherence in type 1 diabetes: A novel approach. European Journal of Clinical Investigation. 2007; 37: 207-213. Abstract.
9. Barnard K.D, Lloyd C.E, Holt R.I.G. Psychological Burden of Diabetes and What It Means to People with Diabetes. Psychology and Diabetes Care. 2012; 1-22. Full Text.
10. Pena M, Hernandez V, Fernandez X, Gil A, Perez M,Lopez A, Andres R, et al. Self-perception of health status, mental health and quality of life among adults with diabetes residing in a metropolitan area. Diabetes Metab.2010; 36(4): 305-311. Abstract/FREEFull Text.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-06]
[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.31]

11. Maxwell M, Harris F, Hibberd C, Donaghy E, Pratt R, Williams C, et al. A qualitative study of primary care professionals' views of case finding for depression in patients with diabetes or coronary heart disease in the UK. 2013; 2296 (1471): 14- 46. Abstract.
12. Choi Y, Lee M, An SY, Kim TH, Kim HJ, Chung YS, et al. The Relationship between Diabetes Mellitus and Health-Related Quality of Life in Korean Adults. The Fourth Korea National Health and Nutrition Examination Survey (2007-2009). Diabetes Metab J.2011; 35 (6): 587-594. Full Text.
13. Ellis DA, Templin T, Conningham PB, Podolski CL, Cakan N. Mult systemic therapy for adolescents with poorly controlled type I diabetes, Stability of treatment effects in a randomized controlled trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2007; 75(1): 168-74. FREE Full Text.
14. Egede LE, Ellis C. The effects of depression on diabetes knowledge, diabetes self-management, and perceived control in indigent patients with type 2 diabetes. Diabetes Technol Ther. 2008; 10(3):213–219. Full Text.
15. Hayes S. C, Pistorello J, Levin M. Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. 2012; 40(7): 976-1002. Full Text.
16. Blarrina M, Luciano C, Martinez O, Valdivia S, Valverde M, Ortega J. Coping With Pain in the Motivational Context of Values Comparison Between an Acceptance-Based and a Cognitive Control–Based Protocol Behavior Modification. Publications sage pub. 2008; 32(3): 403-422. Full Text.
17. Zettle R, Rains J, Hayes S. Processes of change in acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for depression: A mediation reanalysis of Zettle and Rains. Behavior Modification. 2011; 35(3): 265– 283. Abstract.
18. Hayes S, Luoma J, Bond F, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. Behaviour Research and Therapy. 2006; 44: 1–25. Abstract/FREE Full Text.
19. Forman E. M, Herbert J. D, Moitra E, Yeomans P. D, Geller P. A. A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. Behavior Modification. 2009;36:1-28. Abstract/FREE Full Text.
20. Smout M, Acceptance and commitment therapy. Pathways for general practitioners. Psychological strategies. 2012; 41(9): 672- 676. Abstract.
21. Powers M. B, Vording M, Emmelkamp P. M. Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. Psychotherapy and Psychosomatics. 2009; 78:73-80. Abstract.
22. Gregg J. A, Callaghan G.M, Hayes S.C, Glenn L. Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, American Psychological Association. 2007;75(2): 336–343.
23. Makvand Hosseini Sh, Rezaii M, Azadi M. Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on the self-management of type 2 diabetes patients. J clin psycho. 2014; 5(4):2-1. http://jcp.semnan.ac.ir/files/site1/user_files_091e30/nazifi-A-10-247-51-8c5521c.pdf
24. Pull C. B, Janca A. Current empirical status of acceptance and commitment therapy. Personality disorders and neurosis: Current Opinion in Psychiatry. 2009; 22(1): 55–60. Abstract.
25. Gillibrand W Holdich P (2010) Supporting people with diabetes related stress and depression, diabete Evidence-Based Management. Practice Nursing. 2010;21)7(:32-39. FREE Full Text.
26. Soczynska J, Konarski J, Hanna O, Woldeyohanne S, Candy W, Miranda A, Kennedy S.D. Should Depressive Syndromes be reclassified as "Metabolic Syndrome Type II"?. American Academy of Clinical Psychiatrists, Clinical Psychiatry.2011; 19(4):257–264. Full Text.
27. Dlavr A. [Research in psychology and education]. 3st ed. Tehran. nashre virayesh. 2010;54. [Persian] Full Text.
28. Hollingshead A.B. Four Factor Index of Social Status [cited Oct 01 1975]. Available at: URI: http://hdl.handle.net/10477/1879 htm
29. Nasihatkon A. pishva A. Habib Zadeh F. Tabatabai M. Taher M. Hogat F, et [Determine the reliability and validity of clinical summary quality of life questionnaire (DQOL) in Farsi (Persian)]. Diabetes and Lipid Iranian Journal 2012; 11 (5): 483-487. [Persian]. Full Text.
30. Pibernik M, Ajdukovic D, Vucic lovrencic M, Hermanns N. Does treatment of sub syndromal depression improve depression and diabetes related outcomes: protocol for a randomised controlled comparison of psycho-education, physical exercise and treatment as usual, 2011, 12:17-27. Full Text
31. Adachi M, Yamaoka K, Watanabe M, Nishikawa M, Hida E, Kobayashi I, Tango T. Effects of lifestyle education program for type 2 diabetes patients in clinics: study design of a cluster randomized trial. BMC Public Health, 2012; 10: 742-749. Full Text.
32. Donald M, Dower J, Coll JR, Baker P, Mukandi B, Doi SA. Mental health issues decrease diabetes- specific quality of life independent of glycaemic control and complications: findings from Australia›s living with diabetes cohort study. Health and Quality of Life Outcomes 2013; 11:1. Full Text.
33. Redmon J. B, Bertoni A. G, Connelly S, Feeney P. A, Glasser S. P, Glick H. Effect of the look AHEAD study intervention on medication use and related cost to treat cardiovascular disease risk factors in individuals with type 2 diabetes. Diabetes Care. 2010; 33, 1153-1158. Full Text.
34. Eren I, Erdi O, sahin M. The effect of depression on quality of life of patients with type IIdiabetes mellitus.Wiley-Liss, Inc. 2007; 25(2): 98–106. Abstract.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-06]

[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.31]

35. Zahid N, Asghar S, Claussen. Depression and diabetes in a rural community in Pakistan. Diabetes Res Clin Pract. 2008;79(1):124-127. Full Text.
36. Huang MF, Courtney M, Edwards H, McDowell J. Factors that affect health outcomes in adults with type 2 diabetes: a cross-sectional study. Int J Nurs Stud 2010; 47(5): 542-549. Full Text.
37. Matziou V, Tsoumakas K, Vlahioti E, Chrysicopoulou L, Galanis P, Petsios K, et al. Factors influencing the quality of life of young patients with diabetes. J Diabetes. 2011; 3(1): 82-90. Full Text.
38. Tsai KW, Chiang JK, Lee CS. Undiagnosed depression in patients with type 2 diabetes. BMC Public Health. 2008;20:44-48. Abstract.
39. Maxwell M, Harris F, Hibberd C, Donaghy E, Pratt R, Williams C. A qualitative study of primary care professionals' views of case finding for depression in patients with diabetes or coronary heart disease in the UK. Psychology and Diabetes Care. 2013; 2296 (1471): 14- 46. Full Text.
40. Waitzfelder B, Gerzoff RB, Karter AJ, Crystal S, Bair MJ, Ettner SL, et al. Correlates of depression among people with diabetes: The Translating Research In to Action for Diabetes (TRIAD) study. Clinical Psychiatry.2010;4: 215-222.. Full Text.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-06]

[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.31]