رویکردهای پژوهشی در علوم اجتماعی، شماره ۸ ،زمستان ۱۳۹۵، ص۱۶۷ - ۱۵۹

ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

مجله علمی رویکردهای پژوهشی در علوم اجتماعی (سال دوم)
شماره ۸ / زمستان ۱۳۹۵ / ص ۱۶۷- ۱۵۹

اثر بخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع یک

لادن معین [۱]، الهام ذوالفقاری [۲]

[۱] استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مرودشت

[۲] کارشناس ارشد، رشته مشاوره توانبخشی

نام و نشانی ایمیل نویسنده مسئول:

لادن معین

Ladanmoein98@yahoo.com

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی در کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع یک شهر شیراز بود. بر اساس نمونه گیری تصادفی خوشه ای ، ۱۵ نفر از افراد دیابتی به عنوان گروه آزمایش و ۱۵ نفر دیگر از افراد دیابتی به عنوان گروه کنترل انتخاب شده و پرسش نامه های کیفیت زندگی بهداشت جهانی(۱۹۹۸) را تکمیل کردند. نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس حاکی از آن بود که اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی در متغیر کیفیت زندگی دارای تفاوت معناداری می باشد. همچنین نتایج حاصل از گروه پیگیری نیز نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی دارای تاثیر معناداری می باشد. با توجه به جدول میانگین ها سطح کیفیت زندگی بر اثر آموزش پذیرش و تعهد درمانی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل افزایش قابل ملاحظه ای داشته است.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی، بیماران دیابتی نوع یک.

ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

مقدمه

یکی از وقایع دردناک زندگی بشر بروز ناخوشی های مزمن می باشد. اگر چه، با پیشرفت درمان های پزشکی، بیماران مبتلا به ناخوشی های مزمن مانند بیماری دیابت، نسبت به قبل از طول عمر بیشتری برخوردار گشته اند اما همزمان بیش از پیش با مسائل مربوط به سازگاری روبرو می شوند. به همین دلیل اگر چالش اصلی بهداشت و درمان در قرن بیستم، زنده ماندن افراد بود، چالش مهم بهداشت و درمان در قرن حاضر، با توجه به زندگی توام با کیفیت و بهزیستی بیماران می باشد. با این نگرش، امروزه توجه به خدمات بهداشتی- درمانی با هدف تامین، حفظ و ارتقا سلامت افراد در جنبه های مختلف سلامت عمومی و برخورداری از کیفیت زندگی، همراه با شادکامی، یکی از ارکان مهم پیشرفت هر جامعه ای را تشکیل می دهد.

دیابت نوع یک که در گذشته دیابت وابسته به انسولین نامیده می شد و هر سنی را در بر می گیرد اما در کودکان و جوانان شایع تر است. بدن افراد مبتلا به دیابت نوع یک قادر به تولید انسولین کافی نمی باشد. این نوع در برگیرنده ۵-۱۰٪ از انواع دیابت است. در این نوع دیابت تخریب سلولی سلول های بتا در پانکراس اتفاق میافتد(هگلسون، ۲۰۰۷). تحقیقات نشان داده است که مسائل روانشناختی در کنترل دیابت بسیار موثر است. آموزش های روانشناختی همراه با درمان های پزشکی در دیابت بسیار موثرتر و پایدار تر از درمان دارویی به تنهایی است. این نکته را باید در نظر گرفت که، آموزش های روانشناختی باید با توجه به نوع دیابت و توانایی های بیماران باشد. به دلیل اینکه بیماران دیابتی ریسک بالایی در ابتلا به افسردگی، اختلالات اضطرابی و اختلالات خوردن دارند باید تحت آموزش های روانشناختی قرار بگیرند، همچنین خانواده های افراد دیابتی باید تحت آموزش قرار بگیرند تا طرز برخورد صحیح با این بیماری را فرا بگیرند(وایلد[1] و همکاران، ۲۰۰۴).

به طور فزاینده ای تشخیص داده شده که اثرات بیماری های مزمن باید به منظور تاثیر آنها بر کیفیت زندگی ارزیابی شود. در مورد دیابت و درمان آن کیفیت زندگی از اهمیت ویژه ای برخوردار است. سازمان بهداشت جهانی[2] (۱۹۹۳) کیفیت زندگی را پندارهای فرد از وضعیت زندگی خود با توجه به محتوای فرهنگی و ارزش سیستمی که در آن زندگی میکند، در رابطه با اهداف، استانداردها و اولویتهای مورد نظر و نگرانی های آنها میداند (نادری،۱۳۹۱). دیابت می تواند اثرات قابل ملاحظه ای بر کیفیت زندگی روزمره مانند محدودیت های شغلی زندگی اجتماعی، ارتباطات خانوادگی، ارتباطات زناشویی و فعالیت های اوقات فراغت داشته باشد(میرجانا[3]، ۲۰۰۱).

شایقیان(۱۳۹۳) در تاثیر اثر بخشی تعهد و پذیرش درمانی بر کیفیت زندگی مبتلایان به دیابت که نمونه پژوهش ۲۰ نفر به عنوان گروه آزمایش و ۲۰ نفر به عنوان گروه کنترل بود. ابزار پژوهش پرسشنامه کیفیت زندگی وار و شربورن بود. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش فعالیت های خود مراقبتی و بهبود کیفیت زندگی مبتلایان بیماران دیابتی می شود.

درمانهای شناختی- رفتاری بسیاری برای بهبود بیماری ها ی مزمن مورد استفاده قرار گرفته اند اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی[4] که به اختصار ACT خوانده می شود، یکی از الگوهای درمانی بسط یافته اخیر است که فرایند های درمانی کلیدی آن از درمان شناختی- رفتاری سنتی متفاوت است. اصول زیر بنایی آن شامل: ۱-پذیرش، یا تمایل به تجربه درد و یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آن ها ۲- عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توام با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنی دار شخصی بیش از حذف تجارب ناخواسته است که در تعامل با دیگر وابستگی های غیر کلامی به شیوه ایی که منجر به کارکرد سالم می شود. این روش شامل تجربیات تجربی و تمرینات مبتنی بر مواجهه، استعاره های زبانی و روش چون آموزش مراقبت ذهنی[5] است(والیز[6]، ۲۰۰۳).

ماسن، ویکسل و جانسن[7](۲۰۰۸) در بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران مزمن که نمونه پژوهش ۴۲ نفر گروه آزمایش و ۴۰ نفر گروه کنترل بودند و با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی جهانی مورد اندازه گیری قرار گرفتند. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد های مزمن را افزایش داده است. فروس، لنلی، کیاروچی و بلکلج(۲۰۱۳) در اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود کیفیت زندگی بیماران سرطانی که نمونه پژوهش ۳۰ نفر به عنوان گروه آزمایش و ۳۰ نفر به عنوان گروه کنترل بود. ابزار پژوهش؛ پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بود. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود کیفیت زندگی بیماران سرطانی موثر بوده است. امامیان ریزی(۱۳۹۰) در مقایسه ی

---

[1]- Wilde
[2]- The World Health Organization
[3]- Myrjana
[4]- Acceptance and Commitment Therapy
[5]- Mental meditation training
[6]- Wallis
[7]- Masn, Wicksell and Johnson

ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش با درمان مبتنی بر معنویت بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال وسواسی- جبری که نمونه پژوهش ۱۳ نفر به عنوان گروه آزمایش و ۱۵ نفر به عنوان گروه کنترل بود. ابزارهای پژوهش پرسشنامه کیفیت زندگی(sf) و پرسشنامه بهزیستی روانشناختی از ریف بود. نتایج نشان داد که دوره معنویت درمانی اثر بخش تر از دوره ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مقیاس های بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی است. در پژوهشی که توسط (ایزدی، ۱۳۹۱) در زمینه اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد(ACT) بر کیفیت زندگی، انعطاف پذیری روانشناختی، بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی صورت گرفت که نمونه ۱۲ نفر به عنوان گروه آزمایش و ۱۲ نفر به عنوان گروه کنترل بود، ابزار های پژوهش پرسشنامه کیفیت زندگی جهانی و بهزیستی روانشناختی ریف بود. نتایج نشان داد که تفاوت میان متغیر کیفیت زندگی و انعطاف پذیری روانشناختی در اثر آموزش P<5% معنادار بود.

محبت بهار، اکبری، ملکی و مرادی جو(۱۳۹۳) در اثر بخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان که نمونه پژوهش ۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل بودند. ابزار پرسشنامه کیفیت زندگی(sf 36) بود. نتایج نشان داد که برنامه درمانی کیفیت زندگی گروه آزمایش را در ابعاد سلامت جسمانی(فیزیکی)، سلامت روان شناختی و روابط اجتماعی، بهبود بخشیده است و می توان گفت که روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، روشی به منظور افزایش کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان است. سعیدی و خلعتبری (۱۳۹۵) در بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی معلولین تحت پوشش بهزیستی، که نمونه ۳۰ نفر که به دو گروه ۱۵ نفره کنترل و آزمایش تقسیم شدند و با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت اندازه گیری شدند نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری موجب افزایش کیفیت زندگی معلولین شده است.

روش تحقیق

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری: طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون – پیگیری با گروه در لیست انتظار (گروه کنترل نابرابر) است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه ی بیماران دیابتی انجمن بو علی شهر شیراز در فاصله پاییز تا زمستان ۱۳۹۴ می باشد. نمونه پژوهش حاضر به روش نمونه گیری در دسترس که در آن ۳۰ نفر از بیماران به عنوان گروه آزمایش و ۳۰ نفر به عنوان گروه کنترل با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. برای گرد آوری داده ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی(۱۹۹۸)

برای سنجش کیفیت زندگی از پرسش نامه ۲۶ سوالی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی whoqo-26 استفاده شد. در جدول زیر ابعاد پرسشنامه کیفیت زندگی نشان داده شده که هرسوال طبق مقیاس لیکرت از ۱-۵ نمره گذاری شده است.

جدول۱-۱ ابعاد کیفیت زندگی

بعد	سوالات مربوطه
بهداشت یا سلامت فیزیکی یا جسمانی	۳-۴-۱۰-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸
حیطه ی روانشناختی کیفیت زندگی	۵-۶-۷-۱۱-۱۹-۲۶
روابط اجتماعی	۲۰-۲۱-۲۲
شرایط محیط و وضعیت زندگی	۲۴-۲۵-۸-۹-۱۲-۱۳-۱۴-۲۳

این مقیاس به ۱۹ زبان مختلف ترجمه شده است که در کشورهای مختلف برای اندازه گیری کیفیت زندگی افراد از آن استفاده می شود. گروه مطالعاتی سازمان جهانی بهداشت، این مقیاس را یک مقیاس بین فرهنگی می داند و به همین دلیل از آن در فرهنگ های مختلف استفاده می شود(سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶). بوئمی و همکاران(۲۰۰۰) در بررسی پایایی درونی این آزمون ضرایب ۸۳/ تا۹۵/ را اعلام کردند. در اکثر مطالعات انجام شده، تست از آلفای کرونباخ و ضریب روایی و پایایی قابل قبولی برخوردار بوده است. در ایران نصیری و همکاران(۱۳۸۵) این مقیاس را به فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن را گزارش کرده اند. ضریب آلفای کرونباخ ۸۴/ نشان دهنده ی همسانی درونی مطلوب آن است. همچنین نجات وهمکاران(۲۰۰۶) در پژوهش خود که بر روی ۱۱۶۷نفر از مردم تهران انجام گرفت، پایایی آزمون را به روش باز آزمایی در حیطه های سلامت فیزیکی ۷۷/، در حیطه ی سلامت روانی ۷۷/، در حیطه ی روابط اجتماعی ۷۵/ و در نهایت در حیطه ی سلامت محیط برابر با ۸۴/ گزارش کرده اند.

رویکردهای پژوهشی در علوم اجتماعی، شماره ۸ ،زمستان ۱۳۹۵، ص۱۶۷ - ۱۵۹

ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی(ردیف ، ۱۹۸۲)

برای اندازه گیری سازه های ۶ گانه انواع مقیاس هایی همچون پرسشنامه ۲۰ عبارتی، ۱۴عبارتی، ۹ عبارتی و۳ عبارتی را طراحی کرد. پس از بررسی های اولیه نسخه اصلی مقیاس های بهزیستی روانشناختی که شامل ۸۴ عبارت است ساخته شد. سپس نسخه ی ۵۴ عبارتی و فرم کوتاه ۱۸ عبارتی طراحی شد. نسخه کوتاه این پرسش نامه ۶ مولفه اصلی الگوی بهزیستی روانشناختی را مورد ارزیابی قرار می دهد که در هر زیر مقیاس دارای ۳ عبارت است. در زیر جدول ابعاد بهزیستی روانشناختی به همراه شیوه نمره گذاری نشان داده شده است.

جدول۱-۲ ابعاد بهزیستی روانشناختی

بعد	سوالات مربوطه
پذیرش خود	۲-۸-۱۰
رابطه مثبت با دیگران	۳-۱۱-۱۳
خود مختاری	۹-۱۲-۱۸
تسلط بر محیط	۱-۴-۶
زندگی هدفمند	۵-۱۴-۱۶
رشد فردی	۷-۱۵-۱۷

آزمودنی باید در یک طیف لیکرت ۶ درجه ای (۱ کاملا موافخالفم تا ۶ کاملا موافقم)مشخص سازد که تا چه حد با هر یک از عبارت فوق موافق یا مخالف است. ضریب همسانی درونی زیر مقیاس های فرم کوتاه مقیاس های بهزیستی روان شناختی و همچنین ضریب همسانی درونی کل آزمون ۵۰٪ گزارش شده است. شواهد مربوط به اعتبار همگرایی این آزمون، حاکی از آن است که ۶ عامل بهزیستی روانی با رضایت از زندگی، عزت نفس و خلاقیت رابطه مثبت، افسردگی، شانس و منبع کنترل بیرونی رابطه منفی دارد. ریف به منظور هنجار یابی این مقیاس این ازمون را بر روی نمونه ای ۳۲۱ نفری اجرا کرد. وی ضریب همسانی مقیاس های این پرسش نامه را بدین شرح گزارش کرده استک خود مختاری=۷۶/، تسلط بر محیط=۹۰٪، رشد فردی=۸۷/-، ارتباط مثبت با دیگران=۹۱/-، زندگی هدفمند=۹۰/، پذیرش خود=۹۳/ . پایایی حاصل از روش باز آزمایی زیر مقیاس ها نیز در یک نمونه ۱۱۷نفری و در فاصله ۶هفته بین۸۱/ تا۸۵/ بوده است. در تحقیق دیگری ضریب همسانی درونی زیر مقیاس خود مختاری=۷۸/، تسلط بر محیط=۷۷/-، رشد فردی= ۷۴/-، ارتباط مثبت با دیگران= ۸۳/-، زندگی هدفمند= ۷۶/ و پذیرش خود=۷۹/ گزارش شده است. پایایی حاصل از باز آزمایی زیر مقیاس ها نیز در یک فاصله ۸ هفته ای بین ۷۴/ تا۸۴/ قرار داشت(چنکون،۲۰۰۴). بیانی و همکاران(۱۳۸۷) به منظور هنجاریابی مقیاس های روان شناختی در ایران آن را بر روی نمونه ای متشکل از ۱۴۵ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزاد شهر اجرا کردند. ضریب پایایی به روش باز آزمایی مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف ۸۲/ و خرده مقیاس های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خود مختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب۷۱/، ۷۷/، ۷۸/، ۷۰/، ۷۸/،۷۷ بدست آمد که از نظر آماری معنی دار بود.

پرتکل پذیرش و تعهد درمانی(هیز و ماسودامی،۲۰۱۱): مواردی که باید طی ۸ جلسه درمان به عنوان پرتکل درمان به آنها پرداخته شود:

جدول ۱-۳ خلاصه پروتکل پذیرش و تعهد درمانی

تعداد جلسات	توضیحات
جلسه اول	ایجاد رابطه توام با همدلی
جلسه دوم	نا امیدی خلاقانه
جلسه سوم	کنترل به عنوان مشکل با بکار بردن استعاره های مربوطه
جلسه چهارم	پذیرش و گسست

ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

جلسه پنجم و ششم	مواجهه و تعریف ارزش ها در ده حیطه، اهداف وموانع
جلسه هفتم و هشتم	عمل متعهد شده

نتایج

یافته های توصیفی

جدول۱-۴ میانگین وانحراف معیار اثر بخشی کنترل و تعهد درمانی بر بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی

متغیرها	گروه آزمایش			گروه کنترل		
	کل	میانگین	انحراف استاندارد	کل	میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون کیفیت زندگی	۱۵	۵۸/۸۰۰۰	۶/۹۰۹۶۲	۱۵	۵۳/۶۶۶	۱۱/۲۹۲۶
پس آزمون کیفیت زندگی	۱۵	۸۳/۶۶۶۷	۴/۷۰۰۵۶	۱۵	۵۸/۹۳۳	۶/۰۷۶۵۰
پیگیری کیفیت زندگی	۱۵	۸۰/۲۶۶۷	۳/۷۸۸۴۵	۱۵	۵۷/۲۶۶	۷/۱۳۶۰۹

جدول فوق میانگین وانحراف استاندارد متغیرهای گروه آزمایش و کنترل را به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون نشان می دهد.

یافته های اصلی پژوهش:

جهت انجام فرض نرمال بودن داده ها از آزمون کلموگرف - اسمیرنف استفاده شده که نتایج به صورت جدول زیر می باشد.

جدول۱-۵ آزمون نرمال بودن داده ها

متغیرها	آزمون کلموگرف – اسمیرنف	
	آماره z	سطح معناداری
پیش آزمون کیفیت زندگی	/۹۸۷	/۲۵۳
پس آزمون کیفیت زندگی	/۸۴۷	/۴۶۹

با توجه به نتایج جدول۴-۲ مقدار آماره z حاصل از آزمون ناپارامتریک کلموگرف- اسمیرنف ومقایسه با مقادیر بحرانی جدول برای سطح اطمینان ۹۵ درصد(۱/۹۶) معنادار نمی باشد و مقادیر مشاهده شده از مقادیر بحرانی کمتر است بنابراین فرض صفر تایید می شود و توزیع نمرات برای گروه های آزمایش و کنترل نرمال است.

فرضیه اصلی: آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش درمانی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع یک تاثیر معناداری دارد.

از آنجا که جهت اجرای آزمون تحلیل کوواریانس باید مفروضه همگنی واریانس ها برقرار باشد، این مساله در خصوص نمرات کیفیت زندگی آزمودنی ها با استفاده از آزمون لیون بررسی گردید که نتایج در جدول ذیل گزارش گردیده اند:

جدول ۱-۶ نتایج آزمون همگنی واریانس ها برای نمرات کیفیت زندگی

آماره f	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
/۱۶۶	۱	۲۸	/۶۸۷

همانگونه که در جدول فوق قابل مشاهده است نتیجه آزمون لیون معنی دار نبود است که نشان دهنده ی این واقعیت است که مفروضه ی همگنی واریانس ها برقرار است.

رویکردهای پژوهشی در علوم اجتماعی، شماره ۸،زمستان ۱۳۹۵، ص۱۶۷ - ۱۵۹

ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

جدول ۱-۷ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای نمرات کیفیت زندگی

منابع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره f	سطح معناداری	ضریب اتا
پیش آزمون	۲۵/۸۱۲	/۸۷۱	۲۵/۸۱۲	۱	/۳۹۵	/۰۳۱
اثر گروه	۴۰۶۷/۱۹۳	۱	۴۰۶۷/۱۹۳	۱۳۷/۱۹۰	/۰۰۰	/۸۳۶
خطا	۸۰۰/۴۵۵	۲۷	۲۹/۶۴۶			
کل	۱۵۷۹۲۵	۳۰				

با توجه به نتایج جدول ۴-۴ و با فرض همراه کردن متغیر پیش آزمون، بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات کل کیفیت زندگی، در مرحله پس آزمون تفاوت معنادار وجود دارد(F=۱۳۷/۱۹۰، P= /۰۰۰ ، η^2 = /۸۳۶) این امر بیانگر آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، باعث افزایش کلی کیفیت زندگی در شرکت کنندگان گروه آزمایش شده است. بررسی مجذور اتای تفکیکی حاکی از آن است که مداخله آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش ۸۳/ درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین می کند که حاکی از تاثیر گذاری قابل قبول برنامه اثربخشی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی است.

فرضیه فرعی: مطالعه طولی اثر آموزش تعهد و پذیرش درمانی بر کیفیت زندگی تاثیر معناداری دارد.

نمرات کیفیت زندگی، با استفاده از آزمون لیون بررسی گردید که نتایج در جدول ذیل گزارش گردیده اند:

جدول ۱-۸ نتایج آزمون همگنی واریانس ها برای نمرات کیفیت زندگی

سطح معناداری	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	آماره f
۰/۱۲۲	۲۸	۱	۲/۵۴۲

همانگونه که در جدول فوق قابل مشاهده است نتیجه آزمون لیون معنی دار نبوده است که نشان دهنده ی این واقعیت است که مفروضه ی همگنی واریانس ها برقرار است.

سپس با استفاده از تحلیل کوواریانس به بررسی نمرات کیفیت زندگی آزمودنی مبادرت می شود.

جدول ۱-۹ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای نمرات کیفیت زندگی

منابع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره f	سطح معناداری	ضریب اتا
پیش آزمون	۱۶۲/۸۵۱	۱	۱۶۲/۸۵۱	۵/۸۵۵	/۰۲۳	/۱۷۸
اثر گروه	۳۲۶۱/۶۶۳	۱	۳۲۶۱/۶۶۳	۱۱۷/۲۶۱	/۰۰۰	/۸۱۳
خطا	۷۵۱/۰۱۶	۲۷	۲۷/۸۱۵			
کل	۱۴۶۷۴۷	۳۰				

با توجه به نتایج جدول ۴-۸ و با فرض همراه کردن متغیر پیش آزمون، بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات کل کیفیت زندگی، در مرحله پس آزمون تفاوت معنادار وجود دارد(F= ۱۱۷/۲۶۱، P= /۰۰۰ ، η^2 = /۸۱۳) این امر بیانگر آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، باعث افزایش کلی کیفیت زندگی در شرکت کنندگان گروه آزمایش شده است. بررسی مجذور اتای تفکیکی حاکی از آن است که مداخله آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش ۸۱/ درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین می کند که حاکی از تاثیر گذاری قابل قبول برنامه اثربخشی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی است.

ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

بحث و نتیجه گیری

هدف از این تحقیق آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش درمانی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع یک تاثیر معناداری دارد.

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان می دهد که اثر بخشی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی تاثیر معناداری دارد. همچنین با توجه به جدول میانگین ها کیفیت زندگی بیماران دیابتی گروه آزمایش در مقایسه با بیمارن دیابتی گروه کنترل افزایش قابل ملاحظه ای داشته است. این یافته با پژوهش های امامیان ریزی(۱۳۹۰)، ایزدی(۱۳۹۱)، بقولی(۱۳۹۳)، شقاقیان(۱۳۹۳)، محبت بهار، اکبری، ملکی و مرادی جو(۱۳۹۳)، مختار داوودلی(۱۳۹۳)، مک کراکن و اکتون(۲۰۰۵)، ماسن، ویکسل و جانسن(۲۰۰۸)، همسو، گودرین و همکاران(۲۰۱۲)، فروس، لنلی، کیاروچی و بلکلج(۲۰۱۳)، باروز(۲۰۱۳) همسو می باشد.

تا به امروز حمایت های پژوهشی متوسطی برای استفاده از هر نوع روان درمانی در درمان و کاهش اختلالات روان شناختی در افراد دچار بیماری های مزمن وجود داشته است. در طول ۲۰ سال اخیر، علاقه مندی به ارزیابی بیماران مبتلا به بیماری های مزمن افزایش چشمگیری یافته است و بهبود عملکرد روزانه و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری های مزمن به صورت یک هدف درآمده است(پارک و کیم، ۲۰۱۲) مک کارکن و اکلتون(۲۰۰۵) نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد های مزمن را افزایش داده است. بقولی(۱۳۹۳) در اثر بخشی مبتنی بر تعهد و پذیرش در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال وسواس- اجبار نشان داد که این نوع درمان بر کیفیت زندگی تاثیر معناداری داشته است. نتایج پژوهش باروز(۲۰۱۳) نشان داد که درمان مبتنی بر روش پذیرش و تعهد(ACT) بعد از ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای موجب افزایش عمل به ارزش ها و بهبود کیفیت زندگی می شود. همچنین در پژوهشی همسو، گودرین و همکاران(۲۰۱۲) به اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش در کوتاه مدت بر کیفیت زندگی در بیماران مزمن قلبی و عروقی پرداختند. در این مطالعه ۱۶ نفر مبتلا به بیماری قلبی در چهار گروه به مدت ۹۰ دقیقه مورد آموزش به روش درمانی پذیرش و تعهد قرار گرفتند. نتایج مطالعه نشان داد که درمان ACT در بهبود کیفیت زندگی موثر و معنادار می باشد. شایقیان(۱۳۹۳) در تاثیردرمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کیفیت زندگی مبتلایان به دیابت نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش فعالیت های خود مراقبتی و بهبود کیفیت زندگی مبتلایان بیماران دیابتی می شود. در تبیین چگونگی تاثیر شیوه درمانی ACT بر علائم روان شناختی و کیفیت زندگی بیماران مزمن مانند بیماری دیابت نوع یک می توان گفت که بیماری دیابت نوع یک یا دیابت نوجوانان، که نوعی بیماری خود ایمنی است و در نتیجه تخریب نابجای سلولهای مولد انسولین بوسیله دستگاه ایمنی بدن رخ می دهد. از علائم این بیماران؛ تشنگی بیش از حد، گرسنگی دایمی، تکرار ادرار، کاهش وزن ناگهانی، خستگی مفرط و تاری دید می باشد، که ممکن است بر افکار غیر منطقی و یا عدم پذیرش بیماری و همچنین بر هم آمیختگی شناختی، نحوه کنترل و... تاثیر گذاشته، در نتیجه باعث کاهش کیفیت زندگی که طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی (who)، یعنی درک فرد از موقعیت خویش در زندگی، در متن فرهنگی و سیستم های ارزشی که فرد در آن زندگی می کند، در رابطه با هدف ها، انتظارات، استاندارد ها و علایق خود، در این دسته از بیماران گردد.

با توجه به مشاهدات بالینی محقق و با مراجعه به پروتوکل درمانی به کار گرفته شده در این پژوهش متوجه می شویم که علت این تاثیر، تغییر در نگرش مراجعان در جلسه نخست نسبت به علت ایجاد افکار غیر منطقی و سیکل منفی و معیوب این افکار و هدف درمان، شروع تمرینات مبتنی بر آگاهی و ایجاد درماندگی خلاق نسبت به راه حل های گذشته، از همان جلسات نخست و نیز، استقبال آزمودنی های پژوهش (بیماران دیابتی) از این نگرش جدید بوده است. با توجه به یافته های پژوهش چون متغییر «پذیرش روانی» پس از پیش آزمون کیفیت زندگی بیماران با آموزش افزایش یافت، نتیجه گیری می شود متغیر پذیرش و افزایش توجه و عمل به ارزشها در بهبود کیفیت زندگی به روش درمانی ACT از طریق ایجاد و توسعه ی «پذیرش روانی» و «افزایش عمل به ارزش ها» در مراجعان، تغییرات درمانی را ایجاد می کند. از امتیازات بارز این روان درمانی آن است که به فرد نوعی فرصت یادگیری مهارت های جدید و خاص مانند کاهش اجتناب تجربی و افزایش پذیرش روانی و تماس با زمان حال می بخشد و همین ویژگی موجب می شود که فرد نه تنها از اجتناب دست بردارد، بلکه به شکل انعطاف پذیری با آن مواجه گردد. جداسازی شناختی از تجارب ذهنی به نحوی که فرد بتواند مستقل تر و آگاهانه تر در دنیای واقعی عمل کند و نیز رهایی از تمرکز مفرط بر داستان شخصی خود ساخته به فرد امکان استفاده از سبک های مقابله ای کارآمد تر را بدون استرس می دهد. در این درمان بر خلاف بسیاری از شیوه های درمانی دیگر، هیچ گونه ارزش یا سبک خاصی به مراجع (بیمار) تحمیل نمی شود. در عوض مراجعان بر اساس نظام ارزش های خود به تصمیم گیری درباره تغییر می پردازند. برای مثال، وقتی که برای یک مراجع به خصوص، مساله آبرو و حرف مردم مهم و ارزشمند است، درمانگر مانند آنچه که در برخی از شیوه های درمانی مرسوم است، به غیر منطقی بودن آن حمله نمی کند و اجازه می دهد تا مراجع در راستای فرهنگ، عرف و شرایط زندگی خود، دست به انتخاب های بهتری بزند.

فرایند دیگری که در ACT بر آن تاکید می شود و نقش آن در این پروتکل درمانی نیز برجسته بود، تاکید عمل متعهدانه است. ترغیب بیماران به روشن کردن ارزش ها، تعیین اهداف، پیش بینی موانع و نهایتا تعهد به انجام اعمالی در راستای دستیابی به اهداف، پیش

ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

بینی موانع و نهایتا تعهد به انجام اعمالی در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در جهت ارزش ها، علی رغم وجود بیماری باعث می شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن بر ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی بیمار می افزاید و او را از گیر افتادن در حلقه ای از افکار و احساسات منفی رهایی می بخشد(آنواری، ۲۰۱۳) به طور کلی اثر بخشی درمان ACT در بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی بر اساس اصولی چون؛ ماندن در زمان حال، مشاهده گری بدون قضاوت، پذیرش و بالا بردن آگاهی از تجربه و ایجاد واکنش سازگارانه قابل توجیه است. آموزش مشاهده افکار و هیجانات آشفته ساز بدون قضاوت و پذیرا بودن به جای اجتناب یا اشتغال ذهنی به آن ها منجر به بالا رفتن آگاهی از تجربه و ایجاد واکنش آگاهانه و سازگارانه و کنترل بهتر افکار یا هیجانات ناخوشایند در بیماران دیابتی شده است. تداوم تمرینات درمان فوق منجر به پذیرش بیماری از جانب فرد مبتلا و ایجاد تغییرات رفتاری برای بهبود کیفیت زندگی بهتر و از بین بردن موانع روانشناختی موجود بر سر راه کنترل بیماری می گردد.

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که مطالعه طولی اثر آموزش تعهد و پذیرش درمانی بر کیفیت زندگی تاثیر معناداری دارد. نتایج این یافته با پژوهش های؛ ایزدی(۱۳۹۱)، محبت بهار، اکبری، ملکی و مرادی جو(۱۳۹۳)، بقولی(۱۳۹۳)، شقاقیان(۱۳۹۳)،مختار داوودلی(۱۳۹۳)، ماسن، ویکسل و جانسن(۲۰۰۸)، فروس، لنلی، کیاروچی و بلکلج(۲۰۱۳) همسو می باشد. در تبیین این یافته می توان گفت که کیفیت زندگی نشانگر ادراک فرد به توانایی در عملکرد خوب در سطح جسمی، روانی و اجتماعی است و بروز دیابت، جریان منظم زندگی را مختل کرده و کیفیت زندگی افراد را در ابعاد مختلف تحت تاثیر قرار می دهد شاید یکی از دلایل آن عوارض زیاد بیماری دیابت باشد که درمان آن در دراز مدت و موفقیت آن کم است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع یک به عنوان نشانه کیفیت مراقبت های بهداشتی و به عنوان بخشی از برنامه های کنترل بیماری محسوب می گردد و با بررسی آن در گروه پیگیری بیماران دیابتی در مدت یک ماه پس از درمان به پایداری درمان پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی این بیماران دست یافتیم.

یافته های گریج و همکاران(۲۰۰۷) در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کنترل گلکوز خون در دیابتی ها، فورمان و همکاران (۲۰۰۹) در بهبود کیفیت زندگی و عملکرد موفق در کنترل پیامدهای بیماری دیابت و مک وان و همکاران(۲۰۱۴) در خود مدیریتی دیابت نوع یک نتایج مثبتی داشته است. مهارت‌های ذهنی آگاهی در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در سه مقوله بکار می‌روند. یکی از آنها تفکیک و ناهم آمیختگی است یعنی فاصله گرفتن، رها شدن از افکار غیر کمک‌کننده و خاطرات و باورها، دیگری پذیرش است، یعنی؛ ساختن فضایی برای احساسات دردآور، احساسات و انگیزش‌ها و اجازه دادن به وارد شدن و حضور داشتن آن‌ها بدون بحث و درگیر نشدن با آن‌ها و در آخر تماس با لحظه حال: که به طور کامل به تجارب اینجا و اکنون همراه با نگرشی از گشودگی و باز بودن و حس کنجکاوی تأکید دارد. با توجه به اینکه پذیرش افکار به عنوان افکار، احساسات به عنوان احساسات و هیجانات به عنوان هیجانات، همانگونه که هستند، نه بیشتر و نه کمتر منجر به تضعیف آمیختگی شناختی می شود و در کنار آن، پذیرش رویدادهای درونی، هنگامی که شخص در جدال با پریشانی ها و آشفتگی های خود نیست، به وی اجازه توسعه خزانه رفتاری اش را می دهد و می تواند از زمانی که بدین ترتیب به دست می آورد برای انجام فعالیت های ارزشمند خود استفاده کند و خود را به یک زندگی ارزشمند و هدفمند متعهد سازد. و بدین ترتیب کیفیت زندگی که هدف و معنایی را برای زندگی شخص در نظر می گیرد و ارزش هایی که در زندگی دنبال دارد اشاره می کند، نیز بهبود یافته و می تواند در دراز مدت پایدار بماند. چون آزمون به صورت پیش آزمون و پس آزمون انجام شد، احتمال اینکه عوامل مداخله گری مثل گذشت زمان، عوامل انگیزشی پاسخ دهندگان، وضعیت جسمانی و ... در پاسخ دادن به پس آزمون و پیش آزمون تاثیر داشته باشد وجود دارد. این پژوهش مدلی را مشخص می سازد که شامل آموزش های مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده با توجه به اینکه این آموزش توانسته بر بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی موثر واقع شود، می تواند برای آن دسته از متخصصان بالینی که خواهان کمک به ایجاد تغییرات مراجعان خود می باشند، مفید و کارآمد باشد.

ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

منابع و مراجع

[۱] سهرابی، فرامرز.(۱۳۹۴). رواندرمانی موج سوم(خاستگاه حال و چشم انداز با تاکید بر طرحواره درمانی)، فصلنامه مطالعات روان شناسی بالینی ویژه نامه، ۱۸، ۵.

[۲] سعیدی، مژده و خلعتبری، جواد.(۱۳۹۵). اثر بخشی مبتنی بر سازگاری و کیفیت زندگی معلولین تحت پوشش بهزیستی، تنکابن: فصلنامه روانشناسی تربیتی، ۷، ۱، ۶۲-۵۳.

[۳] قشقایی، سحر؛ نظیری، قاسم؛ فرنام، رابرت.(۱۳۹۳). اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲، مجله دیابت و متابولیسم ایران، ۱۳، ۴، ۳۳۰-۳۱۹.

[۴] محبت بهار، سحر؛ اکبری، محمد اسماعیل؛ ملکی، فاطمه؛ مرادی جو، محمد.(۱۳۹۳). اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان، مجله اندیشه و رفتار، تهران:۹، ۳۴.

[۵] مختاری داوودلی، مریم.(۱۳۹۳). اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش در آمیختگی فکر- عمل، فرونشانی فکر و افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلایان به اختلال وسواس شستشو، پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

[6] Fayers P M, Machin D. Quality of Life Assessment, Analysis and Interpretation, Jhon Willy, New york: 2000.

[7] Group WHOQOL. The world health organization quality of life assessment [WHOQOL :]position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995;41(10):1403-9.

[8] Hayes, S. C.; Luoma, J. B.; Bond, F. W.; Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. Behavior Research Therapy, 44(1): 1-25.