

# Effectiveness of Group Therapy Based on Acceptance and Commitment on Cognitive Emotion Regulation and Alexithymia of Patients with Type 2 Diabetes

Leyla Darvish Baseri <sup>1</sup>, Zahra Dasht Bozorgi <sup>2,\*</sup>

<sup>1</sup> MA, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

\* **Corresponding author:** Zahra Dasht Bozorgi, Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. E-mail: zahradb2000@yahoo.com

**Received:** 07 Jan 2017

**Accepted:** 02 May 2017

## Abstract

**Introduction:** Type 2 diabetes is the most common chronic disease that creates a lot of restrictions for patients and their families. Hence promotion of psychological characteristics of this group has been considered by many therapists. This study aimed at investigating the effect of group therapy based on acceptance and commitment on cognitive emotion regulation and alexithymia of patients with type 2 diabetes.

**Methods:** The present research was semi-experimental with a pre-test and post-test design with a control group. The population of the research included all patients with type 2 diabetes that had referred to health care centers of Ahvaz city, during year 2015. Overall, 30 patient were selected through available sampling method and randomly assigned to 2 equal groups (each group consisted of 15 people). The experimental group took part in eight 90-minute sessions of group therapy based on acceptance and commitment and the control group was placed on the waiting list. Groups completed the Garnefski et al. cognitive emotion regulation questionnaire and Bagby et al. Toronto alexithymia scale as a pre-test and post-test. Data were analyzed by Multivariate Analysis of Covariance (MONCOVA) method and using the SPSS-21 software.

**Results:** The findings showed that there was a significant difference between the averages of cognitive emotion regulation and alexithymia of experimental and control groups in the post-test stage. On the other hand, the method of group therapy based on acceptance and commitment significantly led to an increase in cognitive emotion regulation and decrease in alexithymia of patients with type 2 diabetes ( $P < 0.01$ ).

**Conclusions:** According to the effect of group therapy based on acceptance and commitment on cognitive emotion regulation and alexithymia, it is suggested for counselors, therapists, and clinical psychologists to use the mentioned method to increase cognitive emotion regulation and decrease alexithymia of patients with type 2 diabetes.

**Keywords:** Group Therapy; Acceptance and Commitment; Cognitive Emotion Regulation; Alexithymia; Type 2 Diabetes

# اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

لیلا درویش باصری<sup>۱</sup>، زهرا دشت بزرگی<sup>۲\*</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

<sup>۲</sup> استادیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

\* نویسنده مسئول: زهرا دشت بزرگی، استادیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. ایمیل: zahradb2000@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۲/۱۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱۰/۱۸

## چکیده

**مقدمه:** دیابت نوع دو یکی از شایع ترین بیماری های مزمن است که محدودیت های زیادی برای بیماران و خانواده های آنان ایجاد می کند. از این رو بهبود ویژگی های روانشناختی این افراد مورد توجه بسیاری از درمانگران قرار گرفته است. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد.

**روش کار:** پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش همه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اهواز در سال ۱۳۹۴ بودند. در مجموع ۳۰ بیمار با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه همسای (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای با روش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد آموزش دید و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. گروه ها پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان Garnefski et al. و مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو Bagby et al. را به عنوان پیش آزمون و پس آزمون تکمیل کردند. داده ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری (Mancova) و به کمک نرم افزار SPSS-21 تحلیل شدند.

**یافته ها:** یافته ها نشان داد در مرحله پس آزمون بین میانگین های تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی گروه های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارت دیگر روش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری باعث افزایش تنظیم شناختی هیجان و کاهش ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شد ( $P < 0/01$ ).

**نتیجه گیری:** با توجه به تأثیر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی توصیه می شود مشاوران، درمانگران و روانشناسان بالینی از روش مذکور برای افزایش تنظیم شناختی هیجان و کاهش ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو استفاده کنند.

**واژگان کلیدی:** گروه درمانی، پذیرش و تعهد، تنظیم شناختی هیجان، ناگویی هیجانی، دیابت نوع دو

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

## مقدمه

دیابت نوع دو یکی از بیماری های متابولیک مزمن است که با سطوح بالای قند خون به دلیل استفاده ناموثر بدن از انسولین مشخص می شود و شیوع آن در ایران نزدیک به ۶/۸ درصد از است (۱). دیابت نوع دو جریان منظم زندگی را مختل می کند و پیامدهای روانی مهمی برای بیماران و خانواده های آنها به همراه دارد (۲). میزان دیابت در طی دو دهه اخیر به نحو چشمگیری افزایش یافته و در سال ۲۰۱۰ به میزان ۲۸۵ میلیون نفر در جهان رسید و تخمین زده می شود که این مقدار تا سال ۲۰۳۰ به بیش از ۴۳۸ میلیون نفر افزایش یابد (۳). سازمان بهداشت جهانی اعلام داشت که در کشور ایران شیوع دیابت در بین مردان ۹/۸ درصد و در بین زنان ۱۱/۱ درصد می باشد (۴). این بیماری شایع ترین علت قطع اندام، نابینایی، نارسایی مزمن کلیوی و یکی از

عوامل خطر در ایجاد بیماری قلبی است (۵). بیماران مبتلا به دیابت به هیجان های منفی مانند استرس، ترس، خشم و غیره حساس هستند و این افراد در تنظیم هیجان های خود مشکل دارند و تجربه احساسات منفی مانند استرس، خشم، سرخوردگی، ناامیدی، ترس و افسردگی در آنان بسیار معمول می باشد (۶). هیجان ها به دلایل تکاملی، اجتماعی، ارتباطی و تأثیر آن بر تصمیم گیری و سلامت مورد توجه بسیاری از متخصصان قرار گرفته است (۷). تنظیم هیجان تمامی فرایندهای بیرونی و درونی مسئول برای نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش های هیجانی است که به صورت هشیار یا ناهشیار انجام می شود. به عبارت دیگر تنظیم هیجان به فرایندهایی اشاره دارد که به وسیله آن ما بر اینکه چه هیجان هایی را تجربه کنیم، چه موقع آنها را تجربه کنیم و

چگونه آنها را بیان کنیم تأثیر می‌گذارد (۸). مدل تنظیم شناختی هیجان یکی از مهمترین مدل‌های کنترل هیجان است که به کمک راهبردها و فرایندهای شناختی انجام می‌شود. فرایندهای شناختی به افراد کمک می‌کنند تا هیجان‌های خود را تنظیم نمایند (۹). تنظیم شناختی هیجان به تمامی سبک‌های شناختی اطلاق می‌شود که افراد از آن برای افزایش، کاهش یا حفظ تجارب هیجانی استفاده می‌کنند. به عبارت دیگر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان کنش‌هایی هستند که نشانگر راه‌های کنار آمدن فرد با شرایط استرس‌زا و اتفاقات ناگوار می‌باشند (۱۰). یکی دیگر از مشکلات افراد مبتلا به دیابت ناگویی هیجانی استودیایی‌ها در پردازش هیجانی دچار مشکلات فراوانی هستند (۱۱). ناگویی هیجانی نوعی نارسایی خلقی است که باعث ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها می‌شود و این افراد در شناسایی صحیح هیجان‌ها از چهره دیگران مشکل دارند و ظرفیت آنها برای همدردی با حالت‌های هیجانی دیگران محدود است (۱۲). ناگویی هیجانی دارای دو جنبه شناختی (به معنای ناتوانی در شناسایی، فهم و تفسیر احساسات) و عاطفی (به معنای ناتوانی در پاسخ‌دهی و ابراز احساسات) است (۱۳). همچنین افراد مبتلا به ناگویی هیجانی تهییج‌های بدنی نابهنجار را بزرگ می‌کنند، نشانه‌های بدنی انگیزشی هیجانی را بد تفسیر می‌کنند و درماندگی هیجانی را از طریق شکایت‌های بدنی نشان می‌دهند (۱۴).

بیماران مبتلا به دیابت نوع دو با مشکلات فراوانی مواجه هستند، لذا وجود روش‌های درمانی مؤثر بر بهبود ویژگی‌های روانشناختی این بیماران ضروری است (۱۵). یکی از روش‌های درمانی مؤثر بر بهبود ویژگی‌های روانشناختی که اخیراً مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است، درمان پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy) می‌باشد (۱۶). در روش درمان پذیرش و تعهد برخلاف بسیاری از روش‌های درمانی که بر کاهش یا کنترل علائم تأکید دارند، بر افزایش پذیرش واکنش‌های منفی (مثل افکار و هیجانات منفی) زمانی که تغییر مستقیم آنها امکان‌پذیر نیست، تأکید می‌کنند (۱۷). پیروان درمان پذیرش و تعهد معتقدند که شناخت افکار و هیجانات باید در بافت مفهومی رویدادها انجام شود. به همین دلیل برخلاف روش‌های شناختی رفتاری که شناخت‌ها و باورهای ناکارآمد را اصلاح می‌کنند تا هیجانات و رفتارها اصلاح شوند، در درمان پذیرش و تعهد فرد یاد می‌گیرد در گام اول افکار و هیجانات خود را بپذیرد، در اینجا و اکنون زندگی کند و از انعطاف‌پذیری بیشتری برخوردار شود (۱۸). درمان پذیرش و تعهد به افراد جهت برخورداری از یک زندگی رضایت‌بخش‌تر حتی با وجود افکار، عواطف و احساسات نامطلوب تأکید می‌کند (۱۹). بسیاری از درمانگران به درمانجو کمک می‌کنند تا در پایان دوره درمان، درمانجو از نظر هیجانی احساس بهتری داشته باشد، اما درمان پذیرش و تعهد صراحتاً بر زندگی بهتر تمرکز دارند، صرف نظر از اینکه زندگی بهتر با احساس بهتر همراه باشد یا نباشد. گاهی زندگی بهتر عملاً مستلزم احساس درد است. اگر احساس درد منجر به زندگی بهتر شود، درمان پذیرش و تعهد تلاش می‌کند مهارت‌های لازم برای ایجاد درد را فراهم کند (۲۰). درمان‌های گروهی از چند جنبه اهمیت دارند. برای مثال این شیوه درمانی نیاز برای لیست انتظار طولانی جهت آموزش را کاهش می‌دهد، درمانگر می‌تواند از زمان خود بهتر و بهینه‌تر استفاده کند و محیط گروهی منافع زیادی برای بیماران مثل تجربه

یکسان بودن، الگوگیری از همسالان و حمایت همسالان را ایجاد می‌کند (۲۱). همان‌طور که گفته شد درمان پذیرش و تعهد یکی از روش‌های درمانی مؤثر بر بهبود ویژگی‌های روانشناختی است (۱۶). با اینکه هیچ پژوهشی درباره تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر ناگویی هیجانی یافت نشد، اما پژوهش‌هایی به بررسی تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان پرداختند. برای مثال Blackledge & Hayes ضمن پژوهشی درباره تنظیم هیجان در اثر درمان پذیرش و تعهد به این نتیجه رسیدند که درمان پذیرش و تعهد باعث افزایش تنظیم هیجان شد (۲۲). در پژوهشی دیگر White و همکاران ضمن مطالعه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بدکارکردی هیجانی افراد مبتلا به سایکوز گزارش کردند که این شیوه درمانی باعث کاهش بدکارکردی هیجانی شد (۲۳). همچنین محمدی و همکاران ضمن پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان مردان تحت درمان با متادون گزارش کردند که این شیوه باعث بهبود تنظیم شناختی هیجان مردان تحت درمان شد (۲۴). در پژوهشی دیگر کیانی و همکاران ضمن پژوهشی درباره اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان به این نتیجه رسیدند که هر دو شیوه باعث بهبود شاخص‌های تنظیم شناختی هیجان شد (۲۵). با اینکه تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر بهبود ویژگی‌های روانشناختی ثابت شده (۱۶)، اما پژوهش‌های اندکی به بررسی تأثیر آن بر تنظیم شناختی هیجان پرداخته و هیچ پژوهشی به بررسی تأثیر آن بر ناگویی هیجانی نپرداخته است. همچنین بیماران مبتلا به دیابت در تنظیم هیجان‌های خود مشکل دارند و تجربه احساس‌های منفی مانند استرس، خشم، ناامیدی و افسردگی در آنان زیاد است (۶). علاوه بر آن با توجه به آمار بالای افراد مبتلا به دیابت و اهمیت درمان‌های گروهی، احساس نیاز می‌شود تا با روش‌های درمانی گروهی مناسب به دنبال بهبود ویژگی‌های روانشناختی بیماران دیابتی بود. بنابراین هدف کلی پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود.

## روش کار

پژوهش حاضر نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و با گروه کنترل انجام شد. جامعه پژوهش همه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اهواز در سال ۱۳۹۴ بودند. بر مبنای نظر دلاور حداقل حجم نمونه لازم برای انجام پژوهش‌های نیمه تجربی ۱۵ نفر برای هر گروه می‌باشد (۲۶)، لذا در این پژوهش ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس و به طور تصادفی در دو گروه مساوی آزمایش و کنترل جایگزین شدند. به عبارت دیگر پس از مشخص شدن ۳۰ نفر به روش تصادفی ساده ۱۵ نفر به عنوان گروه آزمایش و ۱۵ نفر به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل امضای رضایت‌نامه شرکت در پژوهش، داشتن سن ۳۰ تا ۴۵ سال با حداقل تحصیلات دیپلم، عدم مصرف داروهای روانپزشکی، عدم دریافت روش‌های درمانی دیگر و عدم رخداد تنش‌زا مانند طلاق یا مرگ عزیزان در شش ماه گذشته و معیارهای خروج از مطالعه شامل غیبت بیش از یک جلسه و تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت ناقص بود.

در سطح استنباطی با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) تحلیل شدند. برای این منظور از نرم افزار SPSS-21 در سطح معناداری  $P < 0/01$  استفاده شد.

### یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان داد در گروه آزمایش ۸ (۵۳/۳۳٪) زن و ۷ (۴۶/۶۷٪) مرد و در گروه کنترل ۹ (۶۰٪) زن و ۶ (۴۰٪) مرد شرکت داشتند. در گروه آزمایش تحصیلات ۱ (۶/۶۷٪) نفر دیپلم، ۵ (۳۳/۳۳٪) نفر کاردانی و ۹ (۶۰٪) نفر کارشناسی و در گروه کنترل تحصیلات ۲ (۱۳/۳۳٪) نفر دیپلم، ۳ (۲۰٪) نفر کاردانی و ۱۰ (۶۶/۶۷٪) نفر کارشناسی بود. پیش از تحلیل داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، پیش فرض‌های روش تحلیل بررسی شد. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی معنادار نبود که این یافته حاکی از برقراری فرض نرمال بودن بود. همچنین نتایج آزمون M باکس معنادار نبود که حاکی از برقراری فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس بود. علاوه بر آن نتایج آزمون لوین معنادار نبود که حاکی از برقراری فرض برابری واریانس‌ها بود. در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شد. با توجه به یافته‌های جدول ۱، پس از مداخله در گروه درمان پذیرش و تعهدمیانگین و انحراف استاندارد تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی به ترتیب  $14/34 \pm 93/80$  و  $6/34 \pm 58/64$  شد، اما در در گروه کنترل میانگین و انحراف استاندارد آنها به ترتیب  $14/97 \pm 62/33$  و  $8/97 \pm 67/01$  شد. بنابراین میانگین پس‌آزمون گروه درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل در تنظیم شناختی هیجان بیشتر و در ناگویی هیجانی کمتر است. در جدول ۲ نتایج آزمون‌های چهارگانه تحلیل کوواریانس برای بررسی تأثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته ارائه شد.

با توجه به یافته‌های جدول ۲، نتایج حاکی از تأثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته بود. به عبارت دیگر گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی تفاوت معناداری دارند که با توجه به مقدار مجذور اتای آزمون لامبدای ویلکز (۰/۶۴۵) می‌توان تعیین کرد که متغیر مستقل ۶۴/۵ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کند ( $P \leq 0/001$ ). در جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس با کنترل اثر پیش‌آزمون برای بررسی تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر متغیرهای تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی ارائه شد. با توجه به یافته‌های جدول ۳، گروه اثر معناداری بر نمرات پس‌آزمون داشت که با در نظر گرفتن مجذور اتای می‌توان گفت ۸۷/۶ درصد تغییرات تنظیم شناختی هیجان و ۷۳/۵ درصد تغییرات ناگویی هیجانی ناشی از تأثیر اجرای گروهی درمان پذیرش و تعهد است. در نتیجه بررسی تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی باید گفت درمان پذیرش و تعهد به طور معناداری باعث افزایش تنظیم شناختی هیجان ( $F = 25/111, P < 0/001$ ) و کاهش ناگویی هیجانی ( $F = 18/792, P < 0/001$ ) بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شد.

روند اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از هماهنگی با مراکز بهداشتی درمانی شهر اهواز از میان پرونده‌های مربوط به بیماران مبتلا به دیابت نوع دو ۳۰ نفر انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. پس از بیان هدف پژوهش برای اعضای نمونه، رضایت‌نامه شرکت آگاهانه در پژوهش دریافت شد. گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) به شیوه گروهی با روش درمان پذیرش و تعهدآموزش دید و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. محتوی جلسات درمان پذیرش و تعهد به تفکیک جلسات به شرح زیر می‌باشد. جلسه اول به برقراری رابطه درمانی با مراجعان، قوانین دوره آموزشی و آشنایی با درمان پذیرش و تعهد اختصاص داده شد. در جلسه دوم آشنایی با مفاهیم تعهد و پذیرش، ایجاد بینش نسبت به مشکل و به چالش کشیدن افکار و احساسات منفی آموزش داده شد. در جلسه سوم آشنایی با مشکلات و ناراحتی‌های ناشی از افکار و احساسات منفی و امیدواری خلاقانه آموزش داده شد. در جلسه چهارم ایجاد پذیرش و ذهن‌آگاهی به واسطه رها کردن تلاش برای کنترل و جداسازی شناختی و هیجانی آموزش داده شد. در جلسه پنجم زندگی ارزش‌مدار، اهمیت آن و تأثیر آن بر زندگی آموزش داده شد. در جلسه ششم انتخاب اهداف واقع‌بینانه، موانع، ارزیابی و اهمیت آنها آموزش داده شد. در جلسه هفتم تصریح ارزش‌ها و اعمال و درگیری با اشتیاق و تعهد آموزش داده شد. در جلسه هشتم مفهوم بودن و اهمیت آن آموزش داده شد و سپس مطالب جمع‌بندی شد. همچنین در پایان هر جلسه تکالیفی برای مراجعان در نظر گرفته شد و در ابتدای جلسه بعد مرور و به آنها بازخورد سازنده داده شد (۲۷). لازم به ذکر است که پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای هر دو گروه به طور همزمان با پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (Garnefski et al.) و مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (Bagby et al.) انجام شد. برای اندازه‌گیری تنظیم شناختی هیجان از پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (Garnefski et al.) استفاده شد. این ابزار دارای ۳۶ گویه است که با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (۱ = تقریباً هرگز تا ۵ = تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود، لذا دامنه نمرات بین ۳۶ تا ۱۸۰ می‌باشد. در این ابزار حدود نیمی از گویه‌ها به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و نمره بیشتر به معنای توانایی بالا و نمره کمتر به معنای توانایی پایین در تنظیم شناختی هیجانی می‌باشد. ضمن تأیید روایی سازه ابزار، پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش کردند (۲۸). قیاسوند و قربانی پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش کردند (۶).

برای اندازه‌گیری ناگویی هیجانی از پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو (Bagby et al.) استفاده شد. این ابزار دارای ۲۰ گویه است که با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (۱ = کاملاً مخالف تا ۵ = کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شود، لذا دامنه نمرات ۲۰ تا ۱۰۰ می‌باشد. نمره بالاتر به معنای ناگویی هیجانی بیشتر و نمره پایین‌تر به معنای ناگویی هیجانی کمتر می‌باشد. Aydan ضمن تأیید روایی محتوایی ابزار، پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش کرد (۲۹). بشارت پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کرد (۳۰). داده‌ها در سطح توصیفی با استفاده از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی و

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

| تنظیم شناختی هیجان |              |          |              | ناگویی هیجانی |              |          |              |
|--------------------|--------------|----------|--------------|---------------|--------------|----------|--------------|
| پیش‌آزمون          |              | پس‌آزمون |              | پیش‌آزمون     |              | پس‌آزمون |              |
| میانگین            | انحراف معیار | میانگین  | انحراف معیار | میانگین       | انحراف معیار | میانگین  | انحراف معیار |
| ۶۶/۲۰              | ۱۲/۹۲        | ۹۳/۸۰    | ۱۴/۳۴        | ۷۵/۱۳         | ۹/۸۶         | ۵۸/۶۴    | ۶/۳۴         |
| ۶۴/۷۳              | ۱۲/۱۵        | ۶۲/۳۳    | ۱۴/۹۷        | ۷۱/۲۸         | ۹/۵۰         | ۶۷/۰۱    | ۸/۹۷         |

جدول ۲: نتایج آزمون‌های چهارگانه تحلیل کوواریانس برای متغیرهای تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی

| مقدار | F      | Sig   | مجذور پتا (PES) |
|-------|--------|-------|-----------------|
| ۰/۶۷۸ | ۱۳/۵۲۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۷۲           |
| ۰/۶۳۴ | ۱۶/۸۶۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۴۵           |
| ۱/۲۵۱ | ۳۳/۶۵۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۱۵           |
| ۱/۱۹۶ | ۶۷/۳۲۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۲۴           |

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی گروه‌های آزمایش و کنترل

| مجموع مجذورات      | درجه آزادی | میانگین مجذورات | آماره F | مقدار احتمال | مجذور پتا |
|--------------------|------------|-----------------|---------|--------------|-----------|
| تنظیم شناختی هیجان |            |                 |         |              |           |
| پیش‌آزمون          | ۱          | ۱۷۵/۳۹۱         | ۷/۵۵۱   | ۰/۰۰۱        | ۰/۱۹۷     |
| گروه               | ۱          | ۵۸۳/۲۷۴         | ۲۵/۱۱۱  | ۰/۰۰۱        | ۰/۸۷۶     |
| واریانس خطا        | ۲۷         | ۶۲۷/۱۳۰         | ۲۳/۲۲۷  |              |           |
| واریانس کل         | ۳۰         | ۱۱۴۶/۴۳۷        |         |              |           |
| ناگویی هیجانی      |            |                 |         |              |           |
| پیش‌آزمون          | ۱          | ۴۷/۳۵۲          | ۱۱/۸۷۹  | ۰/۰۰۱        | ۰/۳۴۲     |
| گروه               | ۱          | ۷۴/۹۰۶          | ۱۸/۷۹۲  | ۰/۰۰۱        | ۰/۷۳۵     |
| واریانس خطا        | ۲۷         | ۱۰۷/۶۳۴         | ۳/۹۸۶   |              |           |
| واریانس کل         | ۳۰         | ۳۰۸/۸۶۱         |         |              |           |

## بحث

یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن دیابت نوع دو است که این افراد دارای مشکلات فراوانی در زمینه هیجان‌ها به ویژه در تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی هستند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد. یافته‌ها نشان داد اجرای گروهی درمان پذیرش و تعهد باعث افزایش تنظیم شناختی هیجان و کاهش ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شد. یافته‌ها حاکی از تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر افزایش تنظیم شناختی هیجان بود که این یافته با یافته پژوهش‌های قبلی همسو بود (۲۲، ۲۴، ۲۵). برای مثال Blackledge & Hayes ضمن پژوهشی گزارش کردند که درمان پذیرش و تعهد باعث افزایش تنظیم هیجان شد (۲۲). همچنین محمدی و همکاران (۲۴) و کیانی و همکاران (۲۵) در پژوهش‌های مجزایی به این نتیجه رسیدند که اجرای گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود تنظیم شناختی هیجان شد. در تبیین تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر افزایش تنظیم شناختی هیجان می‌توان گفت که در این روش درمانی به دلیل آموزش عمل مبتنی بر ارزش توأم با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنی‌دار شخصی پیش از

حذف تجارب ناخواسته باعث شد بیماران هنگام مواجهه با مشکلات با بیان افکار و احساسات خود به شیوه مستقیم برای خود ارزش قائل شوند و با حفظ خویشتن دلوایی، تحریک‌پذیری، هراس، احساس خطر، بی‌تابی و بی‌قراری ناشی از مقابله با مشکلات را کاهش دهند که این عوامل نخست باعث حفظ سلامتی و انرژی و بهبود عملکرد در مقابله با مشکلات مخاطره‌آمیز و در نهایت باعث افزایش تنظیم شناختی هیجان می‌شوند. تبیین دیگر استفاده از راهبردهای آموزشی کاربردی است که در روش درمان پذیرش و تعهد به افراد آموزش داده می‌شود به جای اجتناب فکری و عملی از افکار و موقعیت‌های اجتماعی با افزایش پذیرش روانی نسبت به تجارب درونی وضعیت زندگی خود را بهبود بخشند، به ارزش‌های شخصی برسند و مشکلات کمتر قابل اجتناب را از سر راه برداند و از این طریق باعث افزایش سلامت روان و بهزیستی خود شوند. در واقع رویارویی فعال و مؤثر با احساسات، پرهیز از اجتناب، تغییر نگاه نسبت به خود و چالش‌ها، بازنگری در ارزش‌ها و اهداف زندگی و در نهایت تعهد به هدفی اجتماعی را می‌توان جز عوامل اصلی این روش دانست (۳۱). آخرین تبیین درباره اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را می‌توان به تکنیک‌های این روش، تصریح ارزش‌ها و عمل

یک فرد با پذیرش پایین دچار به سادگی دچار برانگیختگی‌های روانی و راهبردهایی برای تغییر شکل و فراوانی افکار و احساسات می‌شود، مثلاً تلاش می‌کند تا افکارش را توجیه یا سرکوب کند. بنابراین درمان پذیرش و تعهد با آموزش پذیرش و تعهد به اجرای آن باعث کاهش ناگویی هیجانی می‌شود. نخستین و مهمترین محدودیت پژوهش فراهم نبودن شرایط برای اجرای پیگیری بود. محدودیت‌های دیگر استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و محدود شدن نمونه آن به بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شهر اهواز بود که با توجه به آن باید در تعمیم نتایج احتیاط کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از پیگیری‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت و از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود تا میزان تأثیر نتایج دقیق‌تر بررسی شود. همچنین بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سایر ویژگی‌های روانشناختی مثبت و منفی و مقایسه اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد با سایر روش‌ها مانند طرحواره درمانی، معنویت درمانی، واقعیت درمانی، درمان دارویی و غیره می‌تواند پیشنهاد‌های پژوهشی مناسبی باشد.

### نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج پژوهش می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد در افزایش تنظیم شناختی هیجان و کاهش ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مؤثر بود، لذا این روش به عنوان یک روش کاربردی در مراکز بهداشتی و درمانی قابلیت اجرای اثربخش را دارد. در نتیجه استفاده از درمان پذیرش و تعهد می‌تواند به افراد در بهبود ویژگی‌های روانشناختی کمک شایانی کند. بنابراین مشاوران، درمانگران و روانشناسان بالینی می‌توانند از روش درمان پذیرش و تعهد برای افزایش تنظیم شناختی هیجان و کاهش ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به دیابت استفاده کنند. همچنین تربیت متخصص توسط سازمان‌های مربوطه در زمینه درمان پذیرش و تعهد با هدف اجرای کارگاه‌های آموزشی توسط متخصصان برای گروه‌های آسیب‌پذیر می‌تواند پیشنهاد مناسبی است.

### سپاسگزاری

در پایان از مراکز بهداشتی درمانی شهر اهواز و کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو به دلیل همکاری با پژوهشگران صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود. لازم به ذکر است که این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز می‌باشد.

### تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

### References

- Shayeghian Z, Amiri P, Hajati E, Parvin M. [Alexithymia and diabetes control indices in adults with type 2 diabetes]. Iran J Psychiatr Nurs. 2015;3(3):8-19.
- Batais MA, Schantter P. Prevalence of unwillingness to use insulin therapy and its associated attitudes amongst patients with Type 2 diabetes in Saudi Arabia. Prim Care Diabetes. 2016;10(6):415-24. DOI: 10.1016/j.pcd.2016.05.007 PMID: 27297805
- Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030.

متمه‌دانه نسبت داد. ترغیب بیماران به شناسایی ارزش‌هایشان و تعیین اهداف، اعمال، موانع و در نهایت تعهد به انجام آنها در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها با وجود مشکلات باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شکامی ناشی از آن رضایت از زندگی افزایش یابد و این افراد از گیرافتادن در حلقه افکار و احساسات منفی از قبیل اضطراب، استرس، یأس، ناامیدی و افسردگی که باعث افزایش شدت مشکلات می‌شوند، رها شوند که این امر در نهایت باعث افزایش تنظیم شناختی هیجان می‌شود (۲۴).

یافته‌های دیگر حاکی از تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر کاهش ناگویی هیجانی بود که این یافته تا حدودی با یافته پژوهش‌های قبلی همسو بود (۲۲، ۲۳). برای مثال White و همکاران ضمن مطالعه‌ای درباره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بدکارکردی هیجانی افراد مبتلا به سایکوز گزارش کردند که این شیوه درمانی باعث کاهش بدکارکردی هیجانی شد (۲۳). همچنین برزگری دهج در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و حالت‌های خلقی نوجوانان به این نتیجه رسید که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود حالت‌های خلقی یا هیجانی نوجوانان شد (۲۲). در تبیین تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر کاهش ناگویی هیجانی می‌توان گفت این روش با ارائه تکنیک پذیرش یا تمایل به تجربه مقابله با سختی یا دیگر رویدادهای آشفته‌کننده بدون اقدام به مهار آنها باعث درک بیشتر درباره ایستادگی در برابر چالش‌های زندگی می‌شود و افراد باور می‌کنند که توانایی مقابله با چالش‌های زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی را دارند. در نتیجه ابتدا اجتناب، پریشانی و ترس از چالش‌ها و در نهایت ناگویی هیجانی کاهش می‌یابد. تبیین دیگر اینکه هدف اصلی درمان پذیرش و تعهد ایجاد و افزایش انعطاف‌پذیری است. یعنی ایجاد توانایی انتخاب گزینه‌ای از بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد که این امر باعث افزایش تاب‌آوری، بهزیستی روانشناختی و احساس آرامش می‌شود و همچنین درمان پذیرش و تعهد به افراد در شناسایی تنش‌های زندگی کمک می‌کند که این امر باعث مقابله سازگار با منابع استرس‌زا می‌شود. بنابراین درمان پذیرش و تعهد با کمک به افراد در شناسایی هیجان‌ها و حالت‌های هیجانی و نحوه ابراز هیجان باعث کاهش ناگویی هیجانی می‌شود. آخرین تبیین بر مبنای نظر امین‌پور و قربانی (۲۳) اینکه پذیرش بدون قضاوت بسیار با اهمیت است. چون یک فرد با پذیرش بالا به سادگی می‌تواند متوجه برانگیختگی‌های افکار و احساسات خود شود، بدون اینکه تلاشی برای کنترل آنها انجام دهد و یا از آنها فرار یا اجتناب کند که این امر پیامدهای مثبتی دارد. در مقابل

- Diabetes Res Clin Pract. 2010;87(1):4-14. DOI: 10.1016/j.diabres.2009.10.007 PMID: 19896746
- Bianco A, Pomara F, Thomas E, Paoli A, Battaglia G, Petrucci M, et al. Type 2 diabetes family histories, body composition and fasting glucose levels: a cross-section analysis in healthy sedentary male and female. Iran J Public Health. 2013;42(7):681-90. PMID: 24427747
- Chang K. Comorbidities, quality of life and patients' willingness to pay for a cure for type 2 diabetes in Taiwan. Public Health. 2010;124(5):284-94. DOI: 10.1016/j.puhe.2010.02.019 PMID: 20546817



6. Ghiasvand M, Ghorbani M. [Effectiveness of emotion regulation training in improving emotion regulation strategies and control glycemic in type 2 diabetes patients]. *Iran J Endocr Metabol*. 2015;17(4):299-307.
7. Grezellschak S, Lincoln TM, Westermann S. Cognitive emotion regulation in patients with schizophrenia: Evidence for effective reappraisal and distraction. *Psychiatry Res*. 2015;229(1-2):434-9. DOI: [10.1016/j.psychres.2015.05.103](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.103) PMID: [26231583](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26231583/)
8. Szczygieł D, Buczny J, Bazińska R. Emotion regulation and emotional information processing: The moderating effect of emotional awareness. *Pers Individ Differ*. 2012;52(3):433-7. DOI: [10.1016/j.paid.2011.11.005](https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.11.005)
9. Zlomke KR, Hahn KS. Cognitive emotion regulation strategies: Gender differences and associations to worry. *Pers Individ Differ*. 2010;48(4):408-13. DOI: [10.1016/j.paid.2009.11.007](https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.11.007)
10. Bruggink A, Huisman S, Vuijk R, Kraaij V, Garnefski N. Cognitive emotion regulation, anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder. *Res Autism Spectr Disord*. 2016;22:34-44. DOI: [10.1016/j.rasd.2015.11.003](https://doi.org/10.1016/j.rasd.2015.11.003)
11. Baigan K, Khoshkonesh A, Habibi Askarabad M, Fallahzade H. [Effectiveness of dialectical behavioral group therapy in alexithymia, stress, and diabetes symptoms among type 2 diabetes patients]. *J Diabetes Nurs*. 2016;4(2):8-18.
12. Serafini G, Gonda X, Pompili M, Rihmer Z, Amore M, Engel-Yeger B. The relationship between sensory processing patterns, alexithymia, traumatic childhood experiences, and quality of life among patients with unipolar and bipolar disorders. *Child Abuse Negl*. 2016;62:39-50. DOI: [10.1016/j.chiabu.2016.09.013](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.09.013) PMID: [27792883](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27792883/)
13. Loas G, Baelde O, Verrier A. Relationship between alexithymia and dependent personality disorder: a dimensional analysis. *Psychiatry Res*. 2015;225(3):484-8. DOI: [10.1016/j.psychres.2014.11.062](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.062) PMID: [25529260](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25529260/)
14. DiStefano RA, Koven NS. Dysfunctional emotion processing may explain visual memory deficits in alexithymia. *Pers Individ Differ*. 2012;52(5):611-5. DOI: [10.1016/j.paid.2011.12.007](https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.12.007)
15. George RE, Joseph S. A review of newer treatment approaches for type-2 diabetes: Focusing safety and efficacy of incretin based therapy. *Saudi Pharm J*. 2014;22(5):403-10. DOI: [10.1016/j.jsps.2013.05.005](https://doi.org/10.1016/j.jsps.2013.05.005) PMID: [25473328](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25473328/)
16. Sabour S, Kakabraee K. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Depression, Stress and Indicators of Pain in Women with Chronic Pain. *Iranian J Rehabil Res Nurs*. 2016;2(4):1-10. DOI: [10.21859/ijrn-02041](https://doi.org/10.21859/ijrn-02041)
17. Baruch B, Kanker J, Basch A. Acceptance and commitment therapy: enhancing the relationships. *J Clin Case Stud*. 2012;8(3):241-57.
18. Poddar S, Sinha VK, Urbi M. Acceptance and commitment therapy on parents of children and adolescents with autism spectrum disorders. *Int J Educ Psychol Res*. 2015;1(3):221. DOI: [10.4103/2395-2296.158331](https://doi.org/10.4103/2395-2296.158331)
19. Eifert GH, Forsyth JP, Arch J, Espejo E, Keller M, Langer D. Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Disorders: Three Case Studies Exemplifying a Unified Treatment Protocol. *Cogn Behav Pract*. 2009;16(4):368-85. DOI: [10.1016/j.cbpra.2009.06.001](https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.001)
20. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther*. 2013;44(2):180-98. DOI: [10.1016/j.beth.2009.08.002](https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002) PMID: [23611068](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23611068/)
21. Skewes SA, Samson RA, Simpson SG, van Vreeswijk M. Short-term group schema therapy for mixed personality disorders: a pilot study. *Front Psychol*. 2014;5:1592. DOI: [10.3389/fpsyg.2014.01592](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01592) PMID: [25657631](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25657631/)
22. Blackledge JT, Hayes SC. Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *J Clin Psychol*. 2001;57(2):243-55. PMID: [11180150](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11180150/)
23. White R, Gumley A, McTaggart J, Rattrie L, McConville D, Cleare S, et al. A feasibility study of Acceptance and Commitment Therapy for emotional dysfunction following psychosis. *Behav Res Ther*. 2011;49(12):901-7. DOI: [10.1016/j.brat.2011.09.003](https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.09.003) PMID: [21975193](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21975193/)
24. Mohammadi L, Salehzade Abarghoie M, Nasirian M. [Effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive emotion regulation in men under methadone treatment]. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci*. 2015;23(9):853-61.
25. Kiani A, Ghasemi N, Pourabbas A. [The comparison of the efficacy of group psychotherapy based on acceptance and commitment therapy, and mindfulness on craving and cognitive emotion regulation in methamphetamine addicts]. *J Res Addict*. 2012;6(4):27-36.
26. Delavar A. [Theoretical and practical research in the humanities and social sciences]. 7th ed. Tehran: Roshd Publisher; 2008.
27. Bach P, Moran D. [ACT in practice: case conceptualization in acceptance and commitment therapy]. Tehran: Arjmand Publisher; 2015.
28. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Pers Individ Differ*. 2001;30(8):1311-27. DOI: [10.1016/s0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(00)00113-6)
29. Aydın A. A Comparison of the Alexithymia, Self-compassion and Humour Characteristics of the Parents with Mentally Disabled and Autistic Children. *Procedia Soc Behav Sci*. 2015;174:720-9. DOI: [10.1016/j.sbspro.2015.01.607](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.607)

30. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. Psychol Rep. 2007;101(1):209-20. [DOI: 10.2466/pr0.101.1.209-220](#) [PMID: 17958129](#)
31. Abbasi M, Mahmoudian H, Rezvani Far S. [Comparison of effectiveness between two educational methods of acceptance and commitment and emotional regulation training on psychological well-being in students with dyscalculia]. J Res Educ. 2014;1(1):23-35.
32. Barzegari Dehaj A. [Effectiveness of acceptance and commitment therapy on emotion regulation and mood status in adolescents]. Tehran: Allame Tabatabaee University; 2015.
33. Amin Pur R, Ghorbani M. [The effectiveness of acceptance and commitment therapy on stress coping strategies in women with ulcerative colitis]. Govareh J. 2015;20(1):34-42.