



اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر مدرسه‌هراسی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک

مریم هادیان نجف‌آبادی^{۱*}

چکیده

مقدمه: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یکی از درمان‌های رفتاری موج سوم در زمینه درمان اختلالات اضطرابی است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر مدرسه‌هراسی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک است.

روش بررسی: این مطالعه به شیوه نیمه تجربی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل اجرا شد. جامعه پژوهش کلیه دختران ۸-۱۲ ساله مبتلا به دیابت نوع یک، مراجعه کننده به مراکز درمان دیابت شهر نجف‌آباد در سال ۱۳۹۳ بودند. ابزار پژوهش پرسشنامه اختلالات مرتبط با اضطراب کودکان (SCARED) بود. کودکان مقیاس سنجش اضطراب را تکمیل کردند و از میان آنان ۲۴ نفر که مبتلا به مدرسه‌هراسی بودند، انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. برای آزمودنی‌های گروه آزمایش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای ارائه شد و به آزمودنی‌های گروه کنترل درمانی ارائه نشد و ۶ ماه بعد پیگیری انجام شد.

نتایج: داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش مدرسه‌هراسی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک مؤثر بود و حکایت از ماندگاری علائم، بعد از پیگیری ۶ ماهه داشت.

نتیجه‌گیری: مجموع نتایج این پژوهش نشان می‌دهد، که از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در کاهش مدرسه‌هراسی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک مؤثر باشد.

واژه‌های کلیدی: مدرسه‌هراسی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، دیابت نوع یک.

۱- گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف‌آباد

* (نویسنده مسئول): تلفن: ۰۹۱۳۷۲۷۳۲۹۶، hadiyanmaryam@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۲/۱۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۶/۲۴

مقدمه

دیابت به گروهی از بیماری‌ها اطلاق می‌شود که با سطح بالای گلوکز خون شناخته می‌شود و ناشی از انسولین ناکافی است و شامل دو نوع عمده است: نوع یک و نوع دو. دیابت بیماری متابولیک است و باعث متابولیسم غیرطبیعی کربوهیدرات، چربی و پروتئین می‌شود و به دلیل نقص در ترشح یا عملکرد انسولین یا هر دو به وجود می‌آید (۱). سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰، شیوع دیابت را حدود ۱۷۱ میلیون نفر اعلام (۲،۳) و برآورد کرده است که تا سال ۲۰۳۰ این تعداد به ۴۳۸ میلیون نفر برسد (۲) بیشتر این افزایش در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد (۴) به گونه‌ای که طبق برآوردها تا سال ۲۰۲۵، ۷۵ درصد افراد دیابتی در این کشورها زندگی خواهند کرد (۵،۶). دیابت نوع یک شایع‌ترین بیماری غدد درون‌ریز کودکان است که تقریباً یک نفر از هر ۳۰۰ تا ۵۰۰ کودک زیر ۱۸ سال را درگیر می‌سازد (۷،۸) و درمان اصلی آن انسولین است (۹) شیوع دیابت نوع یک در بین کودکان در تمام نقاط دنیا رو به افزایش است که علت اصلی آن معلوم نیست (۱۰). بروز سالانه دیابت نوع یک را در ایران ۳/۷ مورد در هر صد هزار نفر برآورد کرده‌اند. این رقم در سرتاسر جهان از ۱ تا ۳۵ مورد در هر صد هزار نفر جمعیت زیر ۱۴ سال متغیر است (۱۱). دیابت نوع یک بالقوه زندگی کودکان را تهدید می‌کند (۱۲) به طوری که کلیه ارگان‌های بدن، سبک زندگی، شخصیت و عاطفه کودکان و خانواده‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۳). در این میان یکی از عواملی که امروزه مورد توجه گسترده قرار گرفته است، عوامل روانی است که تأثیر زیادی روی کیفیت زندگی در بیماران دیابتی دارد (۱۴،۱۵). از سوی دیگر استرس نیز نقش مهمی در بیماری‌های جسمی دارد. هر دو نوع دیابت یک و دو نسبت به اثرات استرس حساس هستند. استرس، در بسیاری از بیماران مبتلا به دیابت، کنترل قند خون را مختل می‌کند (۱۶). در برخی پژوهش‌ها مشخص شده که نشانه‌های ترس و اضطراب و میزان شیوع اختلالات اضطرابی در بیماران دیابتی، بیش از جمعیت عمومی است (۱۷) همچنین یافته‌ها حاکی از ارتباط متقابل بین دو هورمون متابولیک کورتیزول و انسولین است (۱۸،۱۹). از این

رو دور از انتظار نیست که اختلال یکی موجب اختلال دیگری شود. یکی از ترس‌های دوران کودکی مدرسه هراسی است که گاهی امتناع از مدرسه نامیده می‌شود، این اختلال پیامدهای تحصیلی و اجتماعی جدی برای کودک دارد و می‌تواند بی‌اندازه ناتوان کننده باشد. دو نوع مدرسه هراسی شناسایی شده است. نوع شایع‌تر آن با اضطراب جدایی مرتبط است، کودکان همواره نگران آن‌اند که وقتی از پدر و مادرشان دور هستند، صدمه یا آسیبی برای پدر و مادرشان پیش بیاید. از آن جا که شروع مدرسه معمولاً موقعیتی است که مستلزم جدایی طولانی و مکرر کودکان از پدر و مادرشان است، اضطراب جدایی معمولاً علت اصلی مدرسه هراسی است. نوع دوم مدرسه هراسی، یا ترس واقعی از مدرسه، ترسی که به طور خاص به مدرسه مربوط می‌شود. کودکان دچار این گونه مدرسه هراسی، عموماً از رفتن به مدرسه خودداری می‌کنند و اجتناب شدید و فراگیر از مدرسه دارند. ترس آن‌ها بیشتر احتمال دارد به جنبه‌های خاص محیط مدرسه مربوط باشد (۲۰).

برای درمان مشکلات روان‌شناختی، علاوه بر درمان‌های دارویی، درمان‌های روان‌شناختی متعددی در طول سال‌های متوالی ابداع شده است. از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) Acceptance & Commitment Therapy که از رایج‌ترین درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی است و هدف آن، کمک به مراجع برای رسیدن به یک زندگی ارزشمند، کامل و رضایت بخش است که از طریق انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ایجاد می‌شود (۲۱). در این درمان، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عبارت است از افزایش توانایی مراجعین برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و انتخاب بر اساس آن چه در همان لحظه برای فرد امکان‌پذیر است و عمل به شیوه‌ای که منطبق با ارزش‌های انتخابی آن‌ها باشد (۲۲). به عبارت دیگر توانایی برای ارتباط با زمان حال به طور کامل و به عنوان انسان هوشیار و آگاه و تغییر یا تداوم رفتار در خدمت اهداف ارزشمند فرد را انعطاف‌پذیری روان‌شناختی گویند (۲۳) که در ACT از طریق شش فرایند اصلی و زیر بنایی ایجاد می‌شود: پذیرش، گسلش،

خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد. این فرایندها به یکدیگر مرتبط هستند و برای تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بر یکدیگر تأثیر گذارند. از آن جایی که تفکر کودکان عینی است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کودکان، از ۶ مرحله ACT فقط ۴ مرحله، ارزش‌ها، پذیرش، گسلش، و عمل متعهدانه روی کودکان انجام می‌شود. در ACT کودکان، حداقل یکی از والدین کودک باید حضور داشته باشند. در واقع، والدین تسهیل کننده درمان نیستند، بلکه اصل درمان هستند (۲۲). تحقیقات اخیر روی ACT نتایج رضایت بخش و دلایل منطقی برای استفاده از ACT در کار بالینی و مخصوصاً کار با بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی فراهم کرده است. Herbert & Dalrymple اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر اختلال اضطراب اجتماعی بررسی کردند. یافته‌های پس‌آزمون و پیگیری کاهش چشمگیری در نمرات اضطراب اجتماعی نشان داد (۲۴). Ossman و همکاران در بررسی تأثیر این روش درمانی در مبتلایان اضطراب اجتماعی با میانگین سنی ۴۲ سال، به این نتیجه رسیدند که علائم اجتنابی و اضطرابی در گروه تحت درمان به طور معنی‌داری کاهش یافت و این تأثیر در دوره پیگیری ۳ ماهه همچنان تداوم داشت (۲۵). Block، در مطالعه خود به مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری بر اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان پرداخت. نتایج از بهبود هر دو گروه آزمایش خبر داد (۲۶). Forman و همکاران، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر اضطراب و افسردگی بررسی کردند. نتایج تغییرات معنی‌داری در میزان افسردگی و اضطراب، مشکلات عملکردی و کیفیت زندگی و رضایت زندگی و به طور کلی عملکرد بالینی شد (۲۷).

مولوی و همکاران، در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی پرداختند. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش اضطراب و افسردگی و اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است (۲۸). در پژوهش دیگری پور فرج عمران، اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را بر اضطراب

اجتماعی دانشجویان مورد بررسی قرار داد و به این نتیجه رسید که نمرات اضطراب اجتماعی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، به طور معنی‌داری کاهش یافت و در طول مدت پیگیری تغییر چشمگیری نداشت (۲۹). عابدی و همکاران در پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس بر اضطراب ریاضی دانش‌آموزان پرداختند. نتایج نشان داد که اضطراب ریاضی در هر دو گروه در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته است (۳۰). با توجه به میزان شیوع دیابت نوع یک و اثرات آن بر سلامت جسمانی و روانی فرد و با توجه به نتایج تحقیقات انجام شده در زمینه رابطه دو سویه اختلالات اضطرابی و دیابت و همچنین شیوع بیشتر اختلالات اضطرابی در زنان و با عنایت به مشخص شدن اثربخشی روش‌های درمانی روان‌شناختی جدید از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که یک روش نسبتاً کوتاه‌مدت درمانی و کم‌هزینه است، نتایج این مطالعه حائز اهمیت است. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر مدرسه هراسی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک در پس‌آزمون و پیگیری انجام شد.

سؤال پژوهش: آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش مدرسه هراسی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک می‌شود؟

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با گروه کنترل و ارزیابی به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با پیگیری ۶ ماهه بود. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش، عبارت بودند از کلیه دختران ۸-۱۲ ساله مبتلا به دیابت نوع یک که در سال ۱۳۹۳ که به مراکز درمان دیابت مراجعه کرده بودند. از بین این مراکز درمانی دو مرکز به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ۵۱ نفر از کودکان مقیاس غربالگری اختلالات مرتبط با اضطراب کودکان (SCARED) را به عنوان پیش‌آزمون تکمیل کردند و از میان آنان ۲۴ نفر که مبتلا به مدرسه هراسی بودند، با توجه به ملاک‌های ورود (تشخیص دیابت نوع یک، حداقل ۶ ماه از تشخیص دیابت گذشته باشد، حداقل تزریق انسولین یک بار و حداکثر ۳ بار در روز، تشخیص مدرسه هراسی، سن کودکان بین

۱۹، ۱۸، ۱۵، ۱۲، ۹، ۶، ۱ می‌تواند نشان‌دهنده اختلال پانیک یا علائم جسمانی مهمی باشد. نمره ۹ و بالاتر برای سؤال‌های ۳۷، ۳۵، ۳۳، ۲۸، ۲۳، ۲۱، ۱۴، ۷، ۵ می‌تواند نشان‌دهنده اختلال اضطراب فراگیر باشد. نمره ۵ و بالاتر برای سؤال‌های ۳۱، ۲۹، ۲۵، ۲۰، ۱۶، ۱۳، ۸، ۴ می‌تواند نشان‌دهنده اختلال اضطراب جدایی باشد. نمره ۸ و بالاتر برای سؤال‌های ۴۰، ۴۱، ۳۹، ۳۲، ۲۶، ۱۰، ۳ می‌تواند نشان‌دهنده اختلال اضطراب اجتماعی باشد. نمره ۳ و بالاتر برای سؤال‌های ۱۷، ۳۶، ۱۱، ۲ می‌تواند نشان‌دهنده مدرسه‌هراسی باشد. بنابراین نمره بالاتر در پرسشنامه نشان‌دهنده اضطراب بیشتر است و بالعکس. شایان ذکر است که این پرسشنامه بر مبنای نمونه بالینی طراحی شده است. برای تعیین پایایی این آزمون از سه روش آلفای کرونباخ، دو نیمه کردن (همسانی درونی) و باز آزمایی (ثبات) استفاده گردیده (۳۲) و دارای ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب در سطح بالینی (۳۳) و غیربالینی (۳۴) است. روایی پرسشنامه را با استفاده از روش‌های روایی همگرا و افتراقی مورد آزمون قرار داده اند که روایی قابل قبولی برای آن به دست آمده است (۳۵).

روش جمع‌آوری اطلاعات: از کودکان ۸-۱۲ ساله دیابتی خواسته شد ضمن مشخص کردن نام و سن، پرسشنامه SCARED را به عنوان پیش‌آزمون پاسخ دهند، سپس طبق نمرات به دست آمده ۲۴ نفر که مبتلا به مدرسه‌هراسی بودند و ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب، و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و کنترل گمارده شدند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به مدت ۲ ماه، در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای بر روی آزمودنی‌های گروه آزمایش انجام شد و آزمودنی‌های گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکردند. در جلسات درمانی، جلسه اول، دوم و سوم مخصوص والدین تشکیل شد- حضور یکی از والدین هم کفایت می‌کرد- و بقیه جلسات برای والدین و کودکان به صورت مشترک برگزار شد. در هر جلسه، متناسب با موضوعات و تکنیک‌های مطرح شده، تکالیفی برای کودکان و والدین در نظر گرفته شد. جلسات

۸-۱۲ سال، چنانچه آزمودنی پیش از این تحت درمان دارویی قرار داشته است حداقل به مدت یک ماه از قطع کامل داروی وی گذشته باشد) و ملاک‌های خروج (شروع هر داروی روان‌پزشکی از ۳۰ روز قبل از شرکت در پژوهش، شروع در درمان‌های روان‌شناختی دیگر حداقل ۳۰ روز قبل از شرکت در پژوهش، بیماری شدید جسمی یا روان‌شناختی دیگر، عدم علاقه‌مندی کودک یا والدین وی از شرکت در جلسات) انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) گمارده شدند. لازم به ذکر است که تعداد افراد هر گروه، در پژوهش آزمایشی بهتر است حداقل بین ۸ تا ۱۲ نفر باشد (۳۱). برای گردآوری داده‌های پژوهش، ابزار زیر بکار گرفته شد:

مقیاس غربالگری اختلالات مرتبط با اضطراب کودکان (SCARED): این آزمون که یک ابزار خود گزارشی است، به وسیله بیماهر (۱۹۹۹) به عنوان ابزاری برای ارزیابی علائم اختلالات اضطرابی بر طبق معیارهای DSM - IV در کودکان و نوجوانان ۸ تا ۱۸ ساله ساخته شده و شامل یک مقیاس اضطراب کلی و پنج خرده مقیاس: "اختلال هراس جسمانی شکل"، "اختلال اضطراب فراگیر"، "اختلال اضطراب جدایی"، "اختلال اضطراب اجتماعی" و "مدرسه‌هراسی" است. عبارات آن کوتاه و ساده و به صورت اول شخص است، سؤال معکوس ندارد و عبارات‌ها در مقیاس سه درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند (۰ = غلط یا به ندرت صحیح است، ۱ = گاهی اوقات صحیح است، ۲ = صحیح است یا اغلب اوقات صحیح است) نمرات بین ۰ - ۸۲ به دست می‌آید و نمرات بالاتر بیانگر سطوح بالاتر اضطراب است. نسخه اصلی این پرسشنامه دارای ۳۸ ماده بود که سه ماده به زیر مقیاس اضطراب اجتماعی آن افزوده شد. بنابراین فرم کنونی این آزمون که بیشتر در پژوهش‌ها بکار می‌رود دارای ۴۱ عبارت است که از این تعداد ۱۳ ماده مربوط به زیر مقیاس هراس جسمانی شکل، ۹ ماده مربوط به زیر مقیاس اضطراب فراگیر، ۸ ماده مربوط به زیر مقیاس اضطراب جدایی، ۷ ماده مربوط به زیر مقیاس اضطراب اجتماعی و ۴ ماده مربوط به زیر مقیاس مدرسه‌هراسی است. نمره ۷ و بالاتر برای سؤال‌های ۳۸، ۳۴، ۳۰، ۲۷، ۲۴، ۲۲

گروه اجرا شد. پس از گذشت ۶ ماه جلسه پیگیری با اجرای مجدد پرسشنامه فوق انجام شد و نتایج گروه آزمایش و کنترل و همچنین نتایج پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه‌ها، با یکدیگر مقایسه شدند و مورد بررسی قرار گرفتند.

درمان به صورت گروهی بود. محتویات جلسات والدین، کلیاتی از محتویات جلسات کودکان را، برای جهت بخشی به یاری‌های والدین، در بر می‌گرفت. خلاصه جلسات درمان در ادامه ارائه شده است. در پایان آخرین جلسه درمان، پرسشنامه SCARED در پس آزمون روی آزمودنی‌های هر دو

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲۲)

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی و ایجاد رابطه درمانی، بحث در مورد حدود رازداری، ذهن آگاهی
جلسه دوم	استعاره جزیره
جلسه سوم	ارزش‌های مادر
جلسه چهارم	ارزش‌های کودک
جلسه پنجم	مفهوم‌سازی ارزش‌های کودک
جلسه ششم	مرور مجدد ارزش‌ها، درماندگی خلاق: استعاره ببر اضطراب
جلسه هفتم	پذیرش: استعاره لیوان پر از گل، گسلش: تمرین بازی با ذهن
جلسه هشتم	عمل متعهدانه، جمع بندی و پیشگیری از عود

فرضیه‌های فرعی:

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش مدرسه هراسی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک در مرحله پس آزمون می‌شود.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش مدرسه هراسی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک در مرحله پیگیری می‌شود.

در جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه مدرسه هراسی در گروه‌های آزمایش و کنترل ارائه شده است.

در انجام این پژوهش ملاحظات اخلاقی، از جمله رضایت آگاهانه از شرکت در پژوهش، رعایت اصل رازداری و پرهیز از سوگیری رعایت شده است. در پایان جلسات درمانی با بازآزمایی مجدد از هر دو گروه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بررسی شد. پس از گذشت ۶ ماه به منظور سنجش پایا بودن اثر درمانی، تمامی آزمودنی‌ها مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس و با استفاده از نرم‌افزار spss ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

فرضیه اصلی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش مدرسه هراسی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک می‌شود.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه مدرسه هراسی در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه آزمایش	۵/۲۵	۱/۷	۳/۲۵	۱/۳	۴/۲۵	۱/۱
گروه کنترل	۵/۶۶	۱	۵/۶۶	۱	۵/۵۸	۱/۵

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر مدرسه هراسی

متغیرها	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
پیش آزمون	پس آزمون	۲۲/۶۷	۱	۲۲/۶۷	۴۶/۵۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۹	۱
	پیگیری	۱۰/۳۷	۱	۱۰/۳۷	۷/۵۶	۰/۰۱۲	۰/۲۶۵	۰/۷۴۶
عضویت گروهی	پس آزمون	۲۶/۳۷	۱	۲۶/۳۷	۵۴/۰۹	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲۰	۱
	پیگیری	۷/۵۲	۱	۷/۵۲	۵/۴۹	۰/۰۲۹	۰/۲۰۷	۰/۶۰۸
خطا	پس آزمون	۱۰/۲۳	۲۱	۰/۴۸	-	-	-	-
	پیگیری	۲۸/۷۹	۲۱	۱/۳۷	-	-	-	-

افزایش نسبت به مرحله پس آزمون اما با توجه به آزمون فوق نسبت به مرحله پیش آزمون در گروه آزمایش مدرسه هراسی در دختران کاهش یافته است. ضریب تعیین در پس آزمون ۰/۷۲ و در مرحله پیگیری ۰/۲۰۷ بوده که نشان می‌دهد که ۷۲ درصد واریانس نمرات مدرسه هراسی در مرحله پس آزمون و ۲۰ درصد واریانس نمرات مدرسه هراسی در مرحله پیگیری به وسیله عضویت گروهی قابل تبیین است. توان آماری نزدیک به ۸۰٪ نشانگر دقت آزمون و کفایت حجم نمونه است (۳۶) همچنین نتایج نشان می‌دهد که اثر پیش آزمون معنی دار است.

پس از حذف تأثیر متغیرهای همگام بر روی متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات مؤلفه مدرسه هراسی دانش آموزان دختر بر حسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایشی و کنترل) در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0/001$) لذا فرضیه تأیید گردید. بنابراین بین میانگین نمرات مدرسه هراسی دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد و مدرسه هراسی در گروه آزمایش پس از درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش کاهش یافته است و در مرحله پیگیری با وجود

جدول ۴: نتایج مقایسه‌های تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان نمرات مدرسه هراسی در مرحله پس آزمون و پیگیری

متغیرها	گروه	میانگین	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معنی داری
پس آزمون	آزمایش	۳/۲۵	۲/۱۲	۰/۲۸	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۵/۶۶			
پیگیری	آزمایش	۴/۲۵	۱/۱۳	۰/۴۸	۰/۰۲۹
	کنترل	۵/۵۸			

تلاش خود را در مداخلات، بر هدف قرار دادن نیازهای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن متمرکز کرده است (۳۷). پژوهشی که عیناً به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مدرسه هراسی بپردازد یافت نشد. نتایج به دست آمده با یافته‌های Herbert & Dalrymple (۲۴)، Ossman و همکاران (۲۵)، Block (۲۶)، Forman و همکاران (۲۷)، مولوی و همکاران (۲۸)، پور فرج عمران (۲۹) و عابدی و همکاران (۳۰) مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی اضطراب افراد همسو است. همچنین این یافته‌ها با یافته‌های مکوند حسینی و همکاران (۳۸)

به طور کلی میانگین نمرات مدرسه هراسی در گروه آزمایشی به طور معنی داری کمتر از گروه کنترل در پس آزمون و پیگیری است.

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، باعث کاهش مدرسه هراسی در کودکان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، در مرحله پس آزمون شده است و این نتیجه در پایان پیگیری ۶ ماهه از ثبات برخوردار بوده است. این درمان از درمان‌های نسل سوم روان‌شناختی است که توجه و

که به طور اخص درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را برای افزایش خود مدیریتی افراد مبتلا به دیابت نوع دو به کار برده‌اند، همسو است. همان طور که مکوند حسینی نشان داده است با استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان بر خود مدیریتی افراد مبتلا به دیابت نوع دو تأثیر گذاشت و این امر به نوبه خود باعث افزایش کنترل قند خون می‌گردد. به عبارتی در پژوهش حاضر نیز، همچون سایر بیماری‌های روان‌تنی، ویژگی‌ها و اختلالات روان‌شناختی به عنوان عوامل مداخله‌گر می‌توانند در شروع دیابت، سیر بیماری، پیش آگهی و بهبود آن نقش مداخله‌گر داشته باشند. بدیهی است که با وجود چند بعدی بودن بیماری‌های روان‌تنی، چند وجهی بودن درمان نیز اجتناب ناپذیر است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یکی از درمان‌های جدید و مطرح در حیطه روان‌شناسی نتایج امیدوار کننده‌ای را در زمینه کاهش اضطراب افراد به دست داده است. تأثیر این درمان در سایر انواع مشکلات بهداشت روان از جمله افسردگی (۳۹)، روان‌پریشی (۴۰)، سوء مصرف و وابستگی مواد (۴۱)، اضطراب اجتماعی (۴۲)، درد مزمن (۴۳) مشاهده شده است. درمان پذیرش و تعهد با ویژگی‌های اختلالات اضطرابی هماهنگ است به عبارتی هر دو جنبه اختلالات اضطرابی، یعنی "اجتناب شناختی" و "تخریب عملکرد" را مد نظر قرار می‌دهد (۴۴). در این روش درمانی به افراد آموخته می‌شود که به جای اجتناب فکری و عملی از افکار و موقعیت‌های اضطراب‌زا، افزایش پذیرش روانی و ذهنی نسبت به تجارب درونی مانند افکار و احساسات و همچنین با ایجاد اهداف و تعهد به آن‌ها، با این اختلال خود مقابله کنند. در واقع رویارویی فعال و مؤثر با افکار و احساسات، پرهیز از اجتناب، تغییر نگاه نسبت به خود و داستانی که در آن فرد به خود نقش قربانی را تحمیل کرده است، بازنگری در ارزش‌ها و اهداف زندگی و در نهایت تعهد به اهداف را می‌توان جزء عوامل اصلی مؤثر در این روش درمانی دانست (۴۵). بدین ترتیب در واقع کودکان طی این درمان در پژوهش حاضر یاد گرفتند که به اهداف خود در زندگی پایبند باشند و شرایط بیماری خود را بپذیرند و به جای کلنجار رفتن روزانه با

استرسورهای خود و برخورد هیجانی با مشکلات، به صورت هدفمند در زندگی عمل کنند. بدیهی است که این مهم تا حد زیادی از خلال تأثیرگذاری بر دیدگاه والدین حاصل گردید. به عبارت دیگر ابتدا به والدین آموزش داده شد تا کودکان موازی با بحث‌های آموزشی که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت می‌کنند در محیط خانواده نیز، با پذیرش بیشتری فکر کنند و این نحوه فکرکردن و رفتار کردن را در خانه که مهد اصلی پرورش آن‌هاست یاد بگیرند، تا درمان تنها محدود به محیط درمان نباشد. این یافته از سویی بر کارآیی و تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صحت می‌گذارد و از سوی دیگر همسو با این یافته است که شیوه‌های مقابله مسئله مدار از شیوه‌های مقابله هیجان مدار مؤثرترند.

شیوه‌های مقابله مسئله مدار با کنترل هدفمند عامل استرس‌آور برای کاهش یا حذف فشار حاصل از آن سروکار دارند، در حالی که شیوه‌های مقابله هیجان مدار به کنترل واکنش‌های هیجانی ناشی از عامل روانی فشارزا می‌پردازد. اجتناب و انکار از راهبردهای رایج در شیوه‌های مقابله هیجان مدارند. طبق این طبقه‌بندی شیوه‌های هیجان مدار اکثراً ناسالم‌اند زیرا مستلزم خودفریبی و تحریف واقعیت هستند. با این حال شیوه‌های سالم مقابله هیجان مدار نیز وجود دارند، مانند کار کردن، کارهای ذوقی، ورزش کردن، فنون آرمیدگی و بذله گویی و شوخ‌طبعی (۴۶). در این پژوهش، فرایندهای ACT به آزمودنی‌ها آموزش داد که چگونه عقیده بازداری فکر را رها کنند، از افکار مزاحم گسیخته شوند، به جای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرند، ارزش‌هایشان را تصریح کنند و به آن‌ها بپردازند. هاینز نیز معتقد است که رویکرد پذیرش و تعهد درمانی به جای آن که روی برطرف‌سازی و حذف عوامل آسیب‌زا تمرکز نماید به مراجعین کمک می‌کند تا هیجان‌ات و شناخت‌های کنترل شده خود را بپذیرند و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلاتشان گردیده است، رها کنند و به آن‌ها اجازه دهد که از کشمکش و منازعه با آن‌ها دست بردارند. پذیرش و تعهد درمانی اساساً فرآیند محور است و

درمان ارجح برای افراد دیابتی یک درمان چند وجهی باشد که یکی از وجوه اصلی آن کار بر روی توانایی‌های مقابله با استرس، کاهش اضطراب، افسردگی و سایر اختلالات روان‌پزشکی است. که به نوبه خود عملکرد افراد را متقابلاً در سایر وجوه درمان تحت تأثیر قرار می‌دهد. البته لازم به ذکر است که اضطراب نیز متقابلاً خود تحت تأثیر سایر وجوه درمانی قرار می‌گیرد. به عبارت دیگر یک رابطه در هم تنیده و متقابل را در خطوط درمانی باید مد نظر داشت.

در این پژوهش تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به عنوان یکی از درمان‌های جدید حیطه روان‌شناسی، در کاهش مدرسه‌هراسی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک به وضوح نشان داده شد. یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم بررسی تأثیر این درمان بر روی میزان قند خون و متغیرهای زیستی افراد مبتلا به دیابت نوع یک است. لذا پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی نقش میانجی‌گرانه اضطراب و عوامل روان‌شناختی و تأثیر درمان‌های روان‌شناختی، بر روی قند خون بیماران و یا سایر معیارهای متابولیک بررسی گردد. با توجه به نقش قابل توجه استرس در بیماری‌های مزمن، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی نقش میانجی‌گر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس و ارزیابی شناختی استرس در افراد دیابتی مورد بررسی قرار گیرد. مقایسه اثرات درمانی درمان پذیرش و تعهد با سایر رویکردهای مداخله‌ای روان‌شناختی مطرح همچون درمان شناختی- رفتاری و یا دیگر رویکردهای درمانی موج سوم، نیازمند توجه است.

سیاسگزاری

از کلیه افراد نمونه و خانواده‌هایشان که همکاری شایسته‌ای برای به ثمر رسیدن این پژوهش انجام دادند، تشکر و قدردانی می‌شود.

آشکارا بر ارتقا پذیرش تجربیات روان‌شناختی و تعهد، با افزایش فعالیت‌های معنابخش انعطاف‌پذیر، سازگاران، بدون در نظر گرفتن محتوای تجربیات روان‌شناختی تأکید می‌کند (۴۵). کاملاً بدیهی است که پذیرش تجربیات و هیجان‌ها و عمل ارزش مدار و هدفمند، افراد را به سمت شیوه‌های مقابله مسئله مدار و برخی از شیوه‌های سالم هیجان مدار سوق می‌دهد و به نوبه خود باعث افزایش بهداشت روان کودکان می‌شود. گرچه پژوهش‌های بسیاری در زمینه نقش استرس و فشار روانی در بیماری‌های مزمن انجام شده است اما این مطالعات اکثراً به صورت بررسی سبک‌های مقابله‌ای و آموزش مدیریت استرس انجام شده است. این در حالی است که مطالعه عمقی روش درمانی ACT خود نشان دهنده آموزش نحوه‌ای از فکر کردن و نگاه کردن به مسائل است که با روش‌های خود سبک‌های سالم مقابله با استرس را آموزش می‌دهد و مهارت‌های مقابله‌ای افراد را افزایش می‌دهد. گرچه تقلیل اثرات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تنها به سبک‌های مقابله‌ای کار اشتباهی است، با این حال می‌تواند چرایی و چگونگی تأثیر این درمان را بر روی بیماری‌های مزمن توضیح دهد. چرا که استرس بخش جدایی‌ناپذیر زندگی، به ویژه در افراد با بیماری‌های مزمن است. بنا بر آنچه گفته شد، نقش نافذ و مداخله‌گر اضطراب، افسردگی و سایر اختلالات روان‌پزشکی در درمان افراد با دیابت نوع یک مشخص می‌گردد. در این رابطه اهمیت مداخلات روان‌شناختی به عنوان عاملی که می‌تواند بر تمام جنبه‌های درمان بیماران دیابتی تأثیرگذار باشد و سرنوشت بیماری، سیر بیماری و درمان را رقم بزند مورد تأکید قرار می‌گیرد. پژوهش‌هایی که تأثیر اختلالات اضطرابی را در حفظ رژیم غذایی در افراد با بیماری‌های مزمن نشان داده‌اند، مؤید این ادعا می‌باشند، همچنین اضطراب رابطه در هم تنیده‌ای با سبک زندگی و فعالیت بدنی افراد دارد (۴۷-۵۰). بدیهی است که

References:

- 1- American diabetes association. *Diagnosis and classification of diabetes mellitus*. Diabetes Care 2005; 28(1): 537-42.
- 2- Lango DL, Fousi AS, Kasper DL, Hauser S, Loscalzo J. *Harison's principles of internal medicine.18th ed*. USA: MCGraw Hill 2012; 2968-3003.
- 3- Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. *Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030*. Diabetes Care 2004; 27(5): 1047-53.
- 4- Morovati Sharifabad N, RouhaniTonekaboni N, baghiany MH. *predicators of self-care behaviours in diabetic patients referring to yazd diabetes research center based on health believe model*. J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci 2008; 15(3): 85-96. [Persian]
- 5- ShahabJahanlu A, Ghofranipour F, Kimiagar m, Vafae M, Heidarnia AR, Sobhani AS, etal. *Relashanship between knowledge, self-efficacy and quality of life with blood sugar and lipid control in diabetic patients who consume tobacco*. Hormozgan Med J 2008; 11(4): 261-66. [Persian]
- 6- Rakhshandero S, Ghafari M, Heidarnia A, Rajab A. *effectiveness of education intervention on metabolic control in patients referred to Iranian diabetes society*. *Iran J Diabetes Lipid Disord*. Special of risk factors of diabetes and cardiovascular diseases 2009; 57-64. [Persian]
- 7- Kliegman RM, Marcdante KJ, Jenson HB, Behrman RE. *Nelson's essential of pediatrics*. Philadelphia: W.B. Saunders; 2006.
- 8- Brook C, Clayton P, Brown R. *Brook's clinical pediatric endocrinology*. Oxford: Blackwell; 2006.
- 9- Sharifi F, Ghazisaidi M, Mousavi N. *Effects of Acarbose in metabolic control of patients with type 1 diabetes mellitus*. *Int J Endocrinol Metab* 2008; 1: 9-13.
- 10- Carroll AE, Marrero DG. *The role of significant others in adolescent diabetes*. *Diabetes Educator* 2006; 32(2): 243-52.
- 11- Pishdad GR. *[Low incidence of type 1 diabetes in Iran]*. *Diabetes Care*. 2005; 28(4): 927-928. [Persian]
- 12- Foulkner MS. *Family Influence On Self-Care: Quality Of Life And Metabolic Control In School Age Children And Adolescent With Type 1 Diabtes*. *J Pediat Nurs* 2007; 22(1): 223-36.
- 13- Oregon Department Of Education (ODOE). *Students With Special Health Care (Diabetes)*. 2004; Available from: www. Diabetes.Org. Accessed April 3, 2007.
- 14- Nouwen A, Nefs G, Caramlau I, Connock M, Winkley K, Lzoyd CE, et al. *Prevalence of Depressionin Individuals with Impaired GlucoseMetabolism or Undiagnosed Diabetes: a systematic review and meta-analysis of the European Depression in Diabetes (EDID) Research onsortium*. *Diabetes Care* 2011; 34: 752-62.
- 15- Nejati Safa AA, Larijani B, Shariati B, Amini H, Rezagholizadeh A. *Depression, quality of life and glycemic control in patients with diabetes*. *Iran J Diabetes Lipid Disord* 2007; 7: 195-204. [Persian]

- 16- Moberg E, Kollind M, Lins PE, Adamson U. *Acute metal stress impairs insulin sensitivity in IDDM patients*. Diabetologia 1994; 37: 247-51.
- 17- Kaviani H, Javaheri F, Bahiray H. *Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in reducing automatic thoughts, dysfunctional attitude, depression and anxiety: a sixty day follow-up*. Adv Cogn Sci 2005; 7(1): 49-59. [Persian]
- 18- Alrefai H, Allababidi H, Levy S, Levy J. *The endocrine system in diabetes mellitus*. Endocrine 2002; 18: 105-19.
- 19- Golden SH, Malhotra S, Wand GS, Brancati FL, Ford D, Ford D, et al. *Adrenal gland volume and dexamethasone-suppressed cortisol correlate with total daily salivary cortisol in African-American women*. J Clin Endocrinol Metab 2007; 92: 1358-63.
- 20- Lackner JM, Gudleski GD, Blanchard EB. *Beyond abuse: the association among parenting style, abdominal pain, and somatization in IBS patients*. Behav Res Ther 2004; 42(1): 41-56.
- 21- Hayes SC. *Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies*. Behav Ther 2004; 35: 639-65.
- 22- Hayes SC, Strosahl KD. *A Practical Guide to Acceptance and commitment therapy*. New York: Springer Sci Business Media Inc; 2010.
- 23- Arch JJ, Craske MG. 2008. *Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms?* Clin Psychol (New York) 2008; 15(4): 263-79.
- 24- Herbert, J. D., & Dalrymple, K. (in press). *Social anxiety disorder*. *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*. Norwell, MA: Kluwer.
- 25- Ossman WA, Wilson K.G, Storaasli RD, McNeill JW. *A Preliminary Investigation of the Use of Acceptance and Commitment Therapy in Group Treatment for Social Phobia [Investigación Preliminar del Uso de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el Tratamiento Grupal de la Fobia Social]*. Int J Psychol Psychol Ther 2006; 6(3): 397-416.
- 26- Block JA. *Acceptance or change of private experiences: A comparative analysis in college students with public spoken anxiety*. Doctoral Dissertation, Univ Albany, State Univ Newyork 2002.
- 27- Forman EM, Herbert JD, Moitra E, Yeomans PD, Geller PA. *A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy for anxiety and depression*. Behav Modif 2007; 36: 1-28.
- 28- Molavi P, Mikaeili N, Rahimi N, Mehri S. *The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy Based on Reducing Anxiety and Depression in Students with Social Phobia*. J Ardabil Univ Med Sci 2014; 14(4): 412-23.

- 29- Pourfaraj Omran M. *The effectiveness of acceptance and commitment group therapy in social phobia of students*. J Knowl & Health 2011; 6(2): 1-5.
- 30- Abedi AJ, Jabalameli M, Shoshtari M, Esmaeili M. *[Comparative Effectiveness of Acceptance & Commitment Therapy and Stress inoculation training on math anxiety]*. J PsychoL Edu 2010; 4(40): 73-86. [Persian]
- 31- Shafiabadi A. *[Group dynamic and group counseling]*. Tehran: Roshd pub 2001. [Persian]
- 32- Ghamari Givi H, Abbasi A, Fallahzadeh M. *[Prevalence general anxiety Disorder between and fifth grade students and Effectiveness of their methods of reducing internal and external accountability]*. Q J Psychol Stud 2009; 5(2): 9-22. [Persian]
- 33- Birmaher B, Brent DA, Chiappe a L, Bridge J, Monga S, Baugher M. *Psychometric properties of the screen for child anxiety related emotional disorders scale (SCARED): A replication study*. J Am Acad Child Adolesc Psychiat 1999; 38: 1230-36.
- 34- Hale WW, Raaijmakers Q, Muris P, Meeus W. *Psychometric properties of the screen for child anxiety related emotional disorders scale (SCARED) in the general adolescent population*. J Am Acad Child Psychol 2005; 44(3): 283-90.
- 35- Birmaher B, Khetarpal S, Brent D, Balach C, Kaufman J, Neer S. *The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics*. J Am Acad Child Adolesc Psychiat 1997; 36: 545-53.
- 36- Molavi H. *A practical manual SPSS 10-13-14 in the Behavioral Sciences*. Esfahan: Poyesh andishe pub 2008. [Persian]
- 37- Prevedini AB, Presti G, Rabitti E, Miselli G, Moderato P. *Acceptance and Commitment Therapy (ACT): the foundation of the therapeutic model and an overview of its contribution to the treatment of patients with chronic physical diseases*. Psicologia 2011; 33: 53-63.
- 38- Makvand Hosseini Sh, Rezaee AM, Azadi MM. *Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on the Self-Management of Type 2 Diabetes Patients*. J Clin Psychol 2014; 5,4,20: 55-63. [Persian]
- 39- Kanter JW, Baruch DE, Gaynor ST. *Acceptance and Commitment therapy and behavioral activation for the treatment of depression: description and comparison*. Beha Anal 2006; 29: 161-85.
- 40- Bach P, Hayes SC. *The use of acceptance and commitment therapy to prevent there hospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial*. J Consult Clin Psychol 2002; 70(5): 1129-39.
- 41- Gifford EV, Kohlenberg B S, Hayes S C, Antonuccio D O, Piasecki M M, Rasmussen-hall M L ,et al. *Acceptance-Based Treatment for Smoking Cessation* . Behav Ther 2004; 35: 689-705.
- 42- Pourfaraj Omrani M. *[Effectiveness of ACT group therapy on social anxiety of students]*. Q J Knowl Health 2012; 6(2): 33-43. [Persian]

- 43- Dahl J, Wilson KG, Nilsson A. *Acceptance and Commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: a preliminary randomized Trial*. Behav Ther 2004; 35: 785-801.
- 44- Mojdehi M, Etemadi A, Falsafinejad M. *[Study of therapeutic interventions and effectiveness of ACT in reduction of general anxiety disordered patients symptoms]*. Q J Cult Couns Psychother 2012; 2(7): 12-23. [Persian]
- 45- Hayes SC. *Stability and change in cognitive behavior therapy: considering the implication of ACT and RFT*. J ration emot cogn behav ther 2005; 23(2): 131-51.
- 46- Manshaee G R. *[Health Psychology]*. Isfahan, Ghazal Publications 1997. [Persian]
- 47- Bonnet F, Irving K, Terra J, Nony P, Berthezène F, Moulin Ph. *Anxiety and depression are associated with unhealthy lifestyle in patients at risk of cardiovascular disease*. Atherosclerosis 2005; 178(2): 339-44.
- 48- Sarris J, Moylan S, Camfield DA, Pase MP, Mischoulon D, Berk M, et al. *Complementary Medicine, Exercise, Meditation, Diet, and Lifestyle Modification for Anxiety Disorders: A Review of Current Evidence*. Evid-Based Compl Alt Med 2012; (no. Article ID 809653): 1-21.
- 49- Gupta N, Khera Sh, Vempati RP, sharma R, Bijlani RL. *Effect of yoga based lifestyle intervention on state and trait anxiety*. Indian J Physiol Pharmacol 2006; 50(1): 41-7.
- 50- Hu F B, Manson JE, Stampfer MJ, Colditz G, Liu S, Solomon CG, et al. *Diet, Lifestyle, and the Risk of Type 2 Diabetes Mellitus in Women*. N Engl J Med 2001; 345: 790-97.

Effectiveness of Acceptance & Commitment Therapy on School Phobia in Children with Type 1 Diabetes

*Hadiyan Najaf abadi Maryam (MA)*¹*

1. Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Najaf Abad Branch

Received: 15 Sep 2015

Accepted: 1 May 2016

Abstract

Introduction: Acceptance and commitment therapy (ACT) is one of the third wave behavioral therapies in the field of in the treatment of anxiety disorders. The purpose of present study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on school phobia in children with type 1 diabetes.

Methods: This was a semi-experimental study, including pretest-posttest and follow up with the control group. The participants of the study were all girls aged 8-12 years old with type 1 diabetes referred to Najafabad town in 2014-2015. Instruments used in this study was “screen for child anxiety related disorders”(SCARED). Children filled measure of anxiety, and among them, 24 children whom were suffering with school phobia were selected and then assigned randomly into two experimental and control groups (n1=n2=12). For subjects in the experimental group, 8 sessions of acceptance and commitment therapy, each lasting 120 minutes, were offered and control subjects received no therapy in this while. Six month later follow up was executed.

Results: Data were analyzed using analysis of covariance method (ANCOVA). Results indicated that acceptance and commitment therapy reduced school phobia in the students with type 1 diabetes and it showed a persistent recovery on symptoms after six months of follow up.

Conclusion: After all, the results of the current study showed that acceptance and commitment therapy can be used for reducing school phobia.

Keywords: School Phobia; Acceptance and Commitment Therapy; Type 1 Diabetes

This paper should be cited as:

Hadiyan Najaf abadi Maryam . *Effectiveness of acceptance & commitment therapy on school phobia in children with type 1 diabetes*. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2016; 24(4): 304-16.

**Corresponding author: Tel: +98 9137273296, Email: hadiyanmaryam@gmail.com*