

Effect of Combined Treatment Package (ACT-based healthy lifestyle) with Mindfulness-based Therapy on Self-care and Glycated hemoglobin in Patients with Diabetes Mellitus, Type 2

Hor M.¹ PhD, Aghaei A.* PhD, Abedi A.² PhD, Golparvar M.¹ PhD

*Psychology Department, Psychology & Educational Sciences Faculty, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

¹Psychology Department, Psychology & Educational Sciences Faculty, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

²Psychology Department, Psychology Faculty, Isfahan University, Isfahan, Iran

Abstract

Aims: Diabetes is a disease that in case of coexisting with low self-care, its severity and complications may increase. The aim of the present study was to determine the effect of combined treatment package (Acceptance and commitment therapy-based healthy lifestyle) with mindfulness-based therapy on self-care and glycated hemoglobin (A1C) in patients with diabetes mellitus, type 2.

Materials & Methods: The present research, which was conducted in 2017, is a pretest-posttest quasi-experimental study consisting of 2 intervention groups and 1 control group. Firstly, 45 women with diabetes mellitus, type 2 in Isfahan were chosen as the research sample and randomly divided into intervention and control groups. Self-care scale and glycated hemoglobin test were considered as the research instruments. The patients in combined therapy group were treated during 12 three-hour sessions and patients in mindfulness-based therapy group were treated during 10 two-hour sessions. Finally, the data were analyzed by the repeated measures ANOVA and Bonferroni post hoc test, using SPSS 21 software.

Findings: There was a significant difference between intervention and control groups with respect to self-care. There was a significant difference between ACT-based healthy lifestyle group with mindfulness-based therapy and control group, and there was a significant difference between the mindfulness-based therapy and control group. In terms of A1C, there was a significant difference between intervention and control groups. ACT-based healthy lifestyle group had a significant difference with mindfulness-based therapy group and control group, but there was no significant difference between mindfulness-based therapy and control group.

Conclusion: ACT-based healthy lifestyle can improve the self-care and decrease glycated hemoglobin in patients with diabetes mellitus, type 2 and it is more effective than the mindfulness-based therapy (standard therapy).

Keywords

Self-care [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68012648>];

Glycated Hemoglobin [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68006442>];

Healthy lifestyle [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/2016262>];

Acceptance and Commitment Therapy [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68064869>];

Mindfulness-based Therapy [Not in MeSH];

Diabetes Mellitus, Type 2 [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68003924>]

* Corresponding Author

Tel: +98 (31) 35354001

Fax: +98 (31) 3535406

Post Address: Psychology & Educational Sciences Faculty, Daneshgah Boulevard, Arghavanie, East Jey Street, Isfahan, Iran. Postal Code: 8155139998

aghaeipsy@gmail.com

Received: November 22, 2017

Accepted: March 1, 2018

ePublished: April 18, 2018

اثربخشی بسته درمان تلفیقی (سبک زندگی سلامت مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی) با درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودمراقبتی و هموگلوبین گلیکوزیله بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

مریم حر PhD

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

اصغر آقایی* PhD

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

احمد عابدی PhD

گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

محسن گل‌پرور PhD

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

چکیده

اهداف: دیابت از بیماری‌هایی است که در صورت همبودی با خودمراقبتی پایین، تشدید می‌شود. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی بسته درمان تلفیقی (سبک زندگی سلامت مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی) با درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودمراقبتی و هموگلوبین گلیکوزیله بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری که در سال ۱۳۹۶ انجام شد، ۴۵ زن مبتلا به دیابت نوع دو در شهر اصفهان به‌طور تصادفی در ۳ گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) قرار گرفتند. ابزار سنجش شامل پرسش‌نامه خودمراقبتی توپریت و آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله بود. گروه درمان تلفیقی طی ۱۲ جلسه ۱۸۰ دقیقه‌ای و گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی طی ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای تحت درمان قرار گرفتند. داده‌ها توسط تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکرار شده و آزمون تعقیبی بونفرونی به‌وسیله نرم‌افزار SPSS 21 تحلیل شدند.

یافته‌ها: نمرات خودمراقبتی، بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری داشت؛ گروه زندگی سلامت و ACT با گروه ذهن آگاهی و گروه کنترل، و گروه ذهن آگاهی با گروه کنترل دارای تفاوت معنی‌دار بود. میزان هموگلوبین گلیکوزیله، بین دو گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی‌دار داشت. گروه زندگی سلامت و ACT با گروه ذهن آگاهی و گروه کنترل دارای تفاوت معنی‌دار بود، ولی گروه ذهن آگاهی با گروه کنترل تفاوت معنی‌دار نداشت.

نتیجه‌گیری: درمان سبک زندگی سلامت مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بالابردن توانایی خودمراقبتی و کاهش هموگلوبین گلیکوزیله در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شده و نسبت به گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی (درمان استاندارد) کارایی بهتری دارد.

کلیدواژه‌ها: خودمراقبتی، هموگلوبین گلیکوزیله، سبک زندگی سلامت، درمان پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، دیابت نوع دو

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۹/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۲/۱۰

*نویسنده مسئول: aghaeipsy@gmail.com

مقدمه

شواهد در دسترس نشان می‌دهد که در بیماری دیابت به‌عنوان یک بیماری مبتنی بر مشکلات متابولیک، هدف اصلی درمان نباید تنها برطرف کردن علائم و نشانه‌های فیزیکی این بیماری باشد بلکه بهبود سبک زندگی بیماران نیز باید مد نظر قرار گیرد^[1]. سبک زندگی سلامت، الگویی چندبعدی از ادراک‌ها و اعمال آغاز شده با انگیزه خود شخص است که به دوام و تقویت سطح سلامت و خودشکوفایی شخص کمک می‌کند و بیان‌کننده تمایل انسان به تعالی است که منجر به بهزیستی مطلوب، تکامل فردی و زندگی

خلاق می‌شود و می‌تواند دارای ابعاد روابط بین فردی، مسئولیت‌پذیری در سلامت، رشد معنوی و خودشکوفایی، مدیریت استرس، تغذیه و فعالیت فیزیکی باشد^[2].

سازمان بهداشت جهانی براساس پژوهش‌های انجام شده، تصریح کرد که با تغییر در سبک زندگی، می‌توان تا حدود ۹۰٪ از دیابت نوع دو پیشگیری نمود. شیوع دیابت قویاً با تغییر سبک و شیوه زندگی افراد مرتبط است^[3]. اندازه‌گیری هموگلوبین گلیکوزیله (HbA1c) در بیماران مبتلا به دیابت از نظر کلینیکی مهم بوده و به‌عنوان بازتابی از میانگین گلوکز خون طی ۲ تا ۳ ماه، ابزار بسیار مفیدی برای پایش وضعیت گلوکز در بلندمدت فراهم می‌کند^[4].

از مهم‌ترین درمان‌های موج سوم، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) است که به دلایل زیر برای کنترل دیابت نوع دو مطرح است. برخی از پژوهشگران معتقدند که به‌کارگیری این روش به‌علت سازوکار نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون قضاوت، رویارویی و رهاسازی در تلفیق با فنون رفتاردرمانی شناختی سنتی می‌تواند ضمن کاهش علائم بیماری، اثربخشی را افزایش دهد^[4]. درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، نوعی مداخله است که طی آن به‌جای این که فرد با افکار و تحریف‌های شناختی خود مواجه شود و آنها را به چالش بکشد، از ابتدا ظرفیت پذیرش چنین افکار و احساساتی را در خود ایجاد می‌کند. این امر موجب می‌شود که فرد نسبت به احساسات، هیجانات و افکار خود آگاهی بیشتری به دست آورد. ویژگی‌های این نوع درمان شامل کمک به رشد مهارت‌های فراشناختی، افزایش کنترل، انعطاف‌پذیری در انتخاب راهبردهای شناختی و رفتاری، رایبه طرح‌های جدید برای تنظیم فعالیت اجرایی^[5] و بهبود ارتباطات بین فردی^[6] است.

در سبب‌شناسی دیابت نوع دو، نقش عوامل محیطی برجسته است^[7]. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اجتناب از بیماری در مبتلایان به دیابت بسیار زیاد است^[8]. این اصل منطبق بر اصول اولیه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای دیابت است که مشکل اصلی عمل‌نکردن به اعمال خودمراقبتی را اجتناب تجربی می‌داند. اجتناب تجربی زمانی اتفاق می‌افتد که فرد تمایل ندارد در تماس با رویدادهای شخصی مانند درد روان‌شناختی و بدنی، افکار و احساسات بماند^[9]. اجتناب تجربی به ارزیابی منفی افراطی از احساسات، افکار خصوصی ناخواسته و عدم تمایل به تجربه‌کردن رویدادها و تلاش‌های عمومی برای کنترل یا فرار از آنها اطلاق می‌شود^[10] و شامل مجموعه‌ای از سازه‌های مرتبط به هم از جمله فرونشانی تفکر، فرونشانی هیجانی، مقابله اجتنابی و ارزیابی مجدد می‌شود^[11].

پژوهش‌های گوناگون نشان داده‌اند که اجتناب تجربی با هیجانات منفی و مشکلات مقابله‌ای رابطه دارد^[12]. افرادی که اجتناب تجربی بیشتری دارند از خودتخریبی، انکار، حساسیت هیجانی، گسستگی و رفتارهای خودسرزنی بیشتری استفاده می‌کنند^[13] و تجارب هیجانی شدیدتری را نسبت به محرک‌های خوشایند و ناخوشایند تجربه می‌کنند^[10]. فرض اصلی درمان پذیرش و تعهد این است که قسمت اعظم مشکلات روان‌شناختی ناشی از اجتناب تجربه‌ای است؛ یعنی تمایل شخصی به این که از تجارب خصوصی ناخواسته مثل افکار، امیال یا هیجان‌ها دوری کند، سعی کند آنها را کنترل یا از آنها فرار کند، در نتیجه اجتناب تجربه‌ای را نشانه می‌گیرد تا فرد به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برسد^[10].

یک مطالعه فراتحلیلی نشان داد که در نظر گرفتن عوامل زمینه‌ای در درمان دیابت دارای اهمیت است^[14]. هدف درمان مبتنی بر پذیرش

تعهد درمانی)، یک گروه به‌عنوان گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و یک گروه کنترل سه‌مرحله‌ای (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه) برای بررسی تاثیر بسته آموزشی تلفیقی تدوین شده در پژوهش بر متغیرهای وابسته پژوهش به کار گرفته شدند.

جامعه آماری پژوهش که در سال ۱۳۹۶ انجام شد، متشکل از ۴۵ زن مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به خیریه دیابت اصفهان بود که ۵ نفر آنها بر اساس معیارهای خروج از پژوهش خارج شدند و سپس به‌صورت تصادفی در ۳ گروه قرار گرفتند.

در گروه درمان تلفیقی، درمان به‌صورت هفتگی طی ۱۲ جلسه ۱۸۰ دقیقه‌ای و در گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان به‌صورت هفتگی طی ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای انجام شد.

معیارهای ورود، رضایت آگاهانه، محدوده سن بین ۳۰ تا ۶۹ سال، نداشتن اختلال حاد سایکوتیک براساس مصاحبه بالینی، داشتن حداقل سواد ابتدایی، گذشت حداقل یک سال از تشخیص قطعی دیابت نوع دو، امکان دسترسی به بیماران و عدم شرکت آنها در طرح‌های پژوهشی دیگر همزمان بود. معیارهای خروج، عدم رضایت بیمار به ادامه پژوهش و حداکثر ۲ جلسه غیبت در مرحله مداخله بود.

به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، از بیماران خواسته شد پس از امضای رضایت‌نامه کتبی و تکمیل پرسش‌نامه‌ها، در زمان تعیین شده برای انجام آزمایش خون به آزمایشگاه مراجعه کنند؛ همچنین در مورد محرمانه‌بودن این اطلاعات، به آنها اطمینان داده شد. از ابزارهای اندازه‌گیری زیر در پژوهش استفاده شد:

مقیاس فعالیت‌های خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت: این مقیاس توسط توپرت و همکاران در سال ۲۰۰۰ با ۱۵ گویه برای سنجش خودمراقبتی بیماران در ۷ روز گذشته همزمان با تمرکز بر جنبه‌های مختلف رژیم درمانی دیابت شامل رژیم غذایی (۵ سؤال)، ورزش (۲ سؤال)، آزمایش قند (۲ سؤال)، تزریق انسولین یا مصرف قرص ضددیابت (۱ سؤال)، مراقبت از پا (۴ سؤال) و سیگارکشیدن (۱ سؤال) ارایه شده است. این ابزار در مقیاس ۷ گزینه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود و امتیاز کلی مقیاسی بین صفر تا ۹۹ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده این است که بیمار طی ۷ روز گذشته خودمراقبتی مطلوبی داشته است؛ نمره‌گذاری سؤال ۴ این پرسش‌نامه به‌صورت معکوس انجام می‌شود [18]. این مقیاس از پایایی و روایی مناسب برخوردار است و نسبت به تغییر رفتار حساس است. همسانی درونی این مقیاس را با استفاده از همبستگی بین گروه‌ها مناسب و از ۰/۴۷ تا ۰/۸۰ گزارش کردند. پایایی پرسش‌نامه خودمراقبتی در بیماری دیابت در مطالعه‌ای که ضاریان و همکاران انجام داده بودند، با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد [19].

آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله: آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله برای ردیابی قند خون بسیار مهم است و قند خون سه‌ماهه را نشان می‌دهد. این آزمایش برای ردیابی مقدار قندی به کار می‌رود که در مرز مولکول‌های پروتئین قرار گرفته و در مرز سلول‌های قرمز یافت می‌شود. هدف گلاسیمیک، نگهداری هموگلوبین گلیکوزیله زیر ۰/۷ است که منعکس‌کننده سطح نزدیک نه طبیعی گلوکز خون است و در افراد غیردیابتی در محدوده‌ای بین ۶/۴-۴/۴٪ قرار دارد [1].

درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، آموزش نظام‌مند افراد بر مبنای نظریه‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بود که طی ۱۰ جلسه افراد به‌صورت گروهی تحت آموزش قرار گرفتند.

شرح جلسات درمان سبک زندگی سلامت با پذیرش و تعهد و سپس جلسات درمان ذهن آگاهی ارایه شد (جداول ۱ و ۲).

و تعهد ایجاد تغییر مستقیم در مراجع نیست بلکه هدف آن کمک به مراجع است تا بتواند به روش متفاوتی با تجارب خویش رابطه برقرار کند و به‌طور کامل با زندگی معنی‌دار و مبتنی بر ارزش درگیر شود [9].

هدف دیگر درمان، ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً به‌منظور اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا به فرد تحمیل شود. در این درمان، ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و غیره) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترل ناموثر کاهش یابد [10].

با وجود موثر بودن سبک زندگی سلامت در بهبود و خودمراقبتی، بیماران در خط سبک زندگی سالم پایدار نمی‌مانند، زیرا عوامل شناختی، رفتاری، هیجانی و اجتماعی نیز در سیر ابتلا به دیابت، تنظیم و کنترل آن نقش دارند [15]. عدم پذیرش بیماری، حساس شدن به نوسانات قند خون، نیاز به تزریق انسولین، محدودیت در رژیم غذایی و میزان فعالیت، نیاز برای مراقبت دقیق و مداوم از خود و احتمال بروز عوارض جسمانی جدی نظیر مشکلات کلیوی، چشمی و قلبی سبب بروز مشکلات روان‌شناختی در بیماران مبتلا به دیابت می‌شود [16]. همچنین ابتلا به این بیماری سبب ایجاد تنش در افراد شده و بر هویت فرد در تعادل عاطفی وی، رضایت از خود، احساس کارآمدی و روابط بین فردی او تاثیر سوء می‌گذارد و فرد نیازمند سازگاری با آنها است [17].

با توجه به ماهیت چندوجهی بیماری دیابت و سایر اختلالات روانی بیماران مبتلا به این بیماری، ضرورت مداخله نیرومند و جامع‌تری وجود دارد و سال‌ها دغدغه ماندگاری درمان باعث شده است که اصلاح سبک زندگی بیماران مبتلا به دیابت مورد بررسی قرار گیرد. سبک زندگی سالم به ماندگاری درمان کمک می‌کند. سعی در مداخله باید طوری طراحی شود که در مجموع میزان خودمراقبتی در آن افزایش و به موازات آن هموگلوبین گلیکوزیله کاهش یابد.

با بسته تلفیقی سبک زندگی سلامت با پذیرش و تعهد درمانی، می‌توان بر چرخه تشدید بیماری دیابت غلبه کرد. غلبه بر این چرخه آسان نیست، زیرا اثرات دیابت روی مغز و آسیب‌هایی که وارد می‌سازد پایبندی و انگیزش به درمان را کاهش می‌دهد. با توجه به اهمیت درمان بیماری دیابت و شیوع فراوان و هزینه‌های سنگین، به نظر می‌رسد که مداخله اصلاح سبک زندگی به‌تنهایی قادر نیست بیمار را در خط درمان و بهبود نگه دارد، زیرا اجتناب تجربه‌ای فراوان در بیماران مبتلا به دیابت سبب می‌شود روند درمان، نیمه‌کاره یا با افت و خیز فراوان دنبال شود.

در این پژوهش ابتدا براساس مراحل کیفی (مطالعه پدیدارشناختی) چهارچوبی برای سبک زندگی سلامت طراحی و در مرحله بعد این چهارچوب توسط درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تکمیل شد.

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بسته درمان تلفیقی (سبک زندگی سلامت مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی) با درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودمراقبتی و هموگلوبین گلیکوزیله بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه‌آزمایشی است که در آن یک گروه به‌عنوان گروه درمان تلفیقی (سبک زندگی سلامت با پذیرش و

جدول ۱) خلاصه جلسات درمان و آموزش سبک زندگی سلامت مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد

شرح جلسات
جلسه اول معرفه، آشنایی با هدف برگزاری دوره سبک زندگی سلامت با پذیرش و تعهد، گفت‌وگو با شرکت‌کنندگان پیرامون زندگی با دیابت
جلسه دوم آشنایی با اولین مرحله سبک زندگی سلامت: تنفس آگاهانه و اثر پذیرش افکار و هیجانات و احساسات بر سبک زندگی سلامت
جلسه سوم آشنایی با خود مشاهده‌گر و خود مفهوم‌سازی شده و آشنایی با مرحله دوم سبک زندگی آگاهانه سلامت، خوردن آگاهانه
جلسه چهارم گسلش‌شناختی (هم‌چوشی‌زدایی) از افکار و احساسات و پرداختن به سبک زندگی سالم به‌منظور بهبود سلامت روانی
جلسه پنجم روشن‌سازی ارزش‌هایی که عمل‌کردن متعهدانه به آنها در بهبود سبک زندگی سلامت موثر است؛ سلامت اجتماعی بهتر در سایه سبک زندگی سلامت
جلسه ششم سبک زندگی سلامت با ذهن‌آگاهی، پرداختن به ابعاد جسمانی سلامت، تغذیه آگاهانه از طریق ذهن‌آگاهی
جلسه هفتم افزایش شادابی و سرزندگی از طریق اصلاح سبک زندگی با پذیرش و ارتباطات اجتماعی شاداب‌تر
جلسه هشتم افزایش معنویت و پرداختن به زندگی ارزشمند و سبک زندگی سلامت
جلسه نهم بهبود سبک زندگی سلامت با کمک خودمهرورزی، خودشکوفایی، بخشندگی، شوخ‌طبعی به‌عنوان یک ارزش فردی
جلسه دهم بهبود رابطه فرد با خود و روابط بین فردی و افزایش حمایت اجتماعی و پرداختن به زندگی ارزشمند بر پایه سبک زندگی سلامت
جلسه یازدهم انعطاف‌پذیری روانی کلید سلامت روانی و بهبود سبک سلامت و پایداری بیشتر به درمان
جلسه دوازدهم افزایش انعطاف‌پذیری روانی عاملی بهتر برای انجام‌دادن قصد بهبودی سبک زندگی

جدول ۲) خلاصه جلسات درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی

شرح جلسات
جلسه اول آشنایی و معارفه
جلسه دوم آشنایی با مفهوم ذهن‌آگاهی/مبنای فلسفه ذهن‌آگاهی
جلسه سوم مفهوم ماندن در زمان حال و مفهوم تمرکز توجه چیست؟
جلسه چهارم آشنایی با انواع تنفس/مفهوم آگاهی از تنفس و فواید آگاهی از تنفس
جلسه پنجم مفهوم مراقبه و واری بدن (اسکن بدن)
جلسه ششم ارتباط بین افکار با هیجانات و رفتارها و مفهوم افکار خودآیند
جلسه هفتم مفهوم پذیرش
جلسه هشتم خودمهرورزی
جلسه نهم مفهوم ذهن‌آگاهی در حرکت و قدم‌زدن
جلسه دهم ذهن‌آگاهی در امور روزانه

داده‌های حاصل از اجرای پژوهش، پس از بررسی پیش‌فرض‌های نرمالیت (آزمون شاپیرو-ویلک)، برابری واریانس‌های خطا (آزمون لوین) و پیش‌فرض کرویت (آزمون ماچلی) از طریق آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکرار شده (مکرر) و آزمون تعقیبی بونفرونی با استفاده از نرم‌افزار SPSS 21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

دامنه سنی اکثریت افراد ۶۰-۴۶ سال بود و اکثراً تحصیلات راهنمایی داشتند (جدول ۳).

جدول ۳) فراوانی مطلق و نسبی دامنه سنی و سطح تحصیلات در گروه‌های سه‌گانه پژوهش (اعداد داخل پرانتز درصد هستند)

متغیرها	گروه کنترل	درمان ذهن‌آگاهی	درمان تلفیقی
محدوده سنی			
۳۵ تا ۴۵ سال	۶ (۴۲/۸۶)	۶ (۴۶/۱۵)	۵ (۳۸/۴۶)
۴۶ تا ۶۰ سال	۶ (۴۲/۸۶)	۶ (۴۶/۱۵)	۷ (۵۳/۸۵)
۶۱ سال و بالاتر	۲ (۱۴/۲۸)	۱ (۷/۶۹)	۱ (۷/۶۹)
سطح تحصیلات			
راهنمایی	۶ (۴۲/۸۶)	۶ (۴۶/۱۵)	۷ (۵۳/۸۵)
دیپلم و فوق‌دیپلم	۴ (۲۸/۵۷)	۵ (۳۸/۴۶)	۴ (۳۰/۷۷)
لیسانس و بالاتر	۴ (۲۸/۵۷)	۲ (۱۵/۳۸)	۲ (۱۵/۳۸)

در خصوص متغیر خودمراقبتی، نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دارای تفاوت معنی‌دار بودند ($F=۱۶۶/۹۷$; $p<۰/۰۱$). همچنین بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($F=۶۸/۹۹$; $p<۰/۰۱$). در خصوص متغیر خودمراقبتی، گروه زندگی سلامت و ACT با گروه ذهن‌آگاهی و گروه کنترل، و گروه ذهن‌آگاهی با گروه کنترل دارای تفاوت معنی‌دار بود ($p<۰/۰۵$).

در خصوص میزان هموگلوبین گلیکوزیله، بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($F=۶۲/۹۴$; $p<۰/۰۱$). همچنین بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی‌دار مشاهده شد ($F=۲۱/۳۸$; $p<۰/۰۱$). در متغیر هموگلوبین گلیکوزیله، گروه زندگی سلامت و ACT با گروه ذهن‌آگاهی و گروه کنترل دارای تفاوت معنی‌دار بود ($p<۰/۰۵$)، ولی گروه ذهن‌آگاهی با گروه کنترل دارای تفاوت معنی‌دار نبود ($p>۰/۰۵$; جدول ۴).

جدول ۴) میانگین آماری نمرات خودمراقبتی و میزان هموگلوبین گلیکوزیله در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیرها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
خودمراقبتی			
گروه زندگی سلامت و ACT	۴۴/۳۸±۷/۶۵	۸۳/۶۲±۶/۹۵	۷۸/۰۹±۹/۴۳
گروه ذهن‌آگاهی	۴۴/۰۰±۸/۲۱	۶۷/۴۶±۶/۲۰	۶۱/۷۳±۴/۰۶
گروه کنترل	۴۳/۲۹±۸/۴۴	۴۰/۲۱±۷/۳۵	۳۹/۹۳±۷/۳۰
هموگلوبین گلیکوزیله (میلی‌مول/مول)			
گروه زندگی سلامت و ACT	۸/۲۴±۱/۱۷	۸/۷۹±۱/۱۹	۶/۹۵±۱/۰۱
گروه ذهن‌آگاهی	۸/۷۱±۰/۷۶	۸/۰۳±۰/۷۶	۸/۰۳±۰/۷۱
گروه کنترل	۸/۲۸±۱/۰۱	۸/۲۹±۰/۹۸	۸/۲۹±۰/۷۸

بحث

نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده نشان داد که در خودمراقبتی بین سه گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد و بین دو نوع درمان تلفیقی (سبک زندگی سلامت با پذیرش و تعهد درمانی) با درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و نیز گروه کنترل تفاوت معنی‌داری

ارزش‌هایش است، آنها را انتخاب کرده و راهبردهای کنترل را رها کند. در این روش درمانی، تنظیم اهداف و شفاف‌سازی ارزش‌ها با اهمیت شمرده می‌شود؛ ارزش‌هایی مانند بالابردن سطح سلامت در ابعاد چهارگانه (سلامت روان‌شناختی، جسمانی، معنوی و اجتماعی) به‌عنوان مسیر کلی زندگی مطرح می‌شوند.

اهداف و ارزش‌ها، انتخاب‌های خود مراجع هستند. این مرحله درمانی دو هدف مفید را تأمین می‌کند: اول اینکه مراجع را تشویق می‌کند تا خودش اهداف و ارزش‌هایش را انتخاب کند و دوم اینکه اهداف مربوط به سبک زندگی سلامت که احتمالاً واضح نبوده را برجسته می‌نماید.

در زمینه ارزش‌ها در این پژوهش نیز به مراجعان آموزش داده شد تا ارزش‌های خود را در حیطه‌های مختلف بررسی کنند و ضرورت آنها را در هر حیطه مشخص نمایند تا در نهایت از تمرکز بر مشکلات رها شده و در مسیر ارزش‌ها حرکت کنند و اهداف را در مسیر ارزش‌ها شناسایی نمایند. از مهم‌ترین و موثرترین آموزش‌ها در این بسته درمانی توجه آگاهانه به بدن، تنفس آگاهانه، خوردن آگاهانه، راه رفتن آگاهانه و تحولی در سبک زندگی مراجعین بود.

در زندگی شتاب‌آلوده، این نعمت بزرگ به‌نوعی به فراموشی و غفلت سپرده شده است. تمرین‌های ذهن آگاهی در هر دو گروه درمان موفق بود. افزایش شادابی و سرزندگی از طریق اصلاح سبک زندگی با پذیرش و ارتباطات اجتماعی شاداب‌تر، خودمهورزی، بخشش، خودشکوفایی، پذیرش، شکرگزاری از خدا و پرداختن به ارزش‌های معنوی منجر به افزایش انعطاف‌پذیری روانی در مراجعین شد. آنها نسبت به یکدیگر مهرورزی و شفقت داشتند و به نظر می‌رسید فضایل اخلاقی در عمل وارد سبک زندگی سلامت آنها شد. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند در درمان مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو و سایر بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مرتبط به سبک زندگی مانند چاقی و غیره مورد استفاده قرار گیرد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، استفاده از ابزار خودتوصیفی در سنجش فعالیت‌های خودمراقبتی بود که ممکن است شرکت‌کنندگان رفتارهای خودمراقبتی خود را کم یا زیاد برآورد کنند.

بر این اساس، پیشنهاد می‌شود به‌منظور افزایش روایی داده‌های خودتوصیفی از یک برنامه ثبت روزانه رفتارهای خودمراقبتی استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود این بسته درمانی در مورد بیماران دیابت نوع یک و نیز بیماران با سن کمتر از ۳۰ سال و در بیماران مرد مبتلا به دیابت نیز انجام شود. از آنجا که بسته درمانی سبک زندگی سلامت مبتنی بر پذیرش و تعهد متأثر از بافت و زمینه است، لازم است در بافت‌ها و زمینه‌های مختلف فرهنگی-اجتماعی نیز مورد آزمون قرار گیرد تا اثربخشی آن با قوت بیشتری تأیید شود.

نتیجه‌گیری

درمان سبک زندگی سلامت مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بالابردن توانایی خودمراقبتی و کاهش هموگلوبین گلیکوزیله در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شده و نسبت به گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی (درمان استاندارد) کارایی بهتری دارد.

تشکر و قدردانی: نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کارکنان محترم خیریه دیابت اصفهان و بیماران شرکت‌کننده در پژوهش، تشکر و قدردانی نمایند.

وجود داشت. در متغیر هموگلوبین گلیکوزیله، گروه درمان سبک زندگی سلامت مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد با گروه ذهن آگاهی و گروه کنترل دارای تفاوت معنی‌دار بود. همچنین نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که درمان تلفیقی نسبت به درمان مبتنی بر ذهن آگاهی کارایی بالاتری دارد. همچنین در گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

نتایج پژوهش تحقیق اخیر با پژوهش گرگ و همکاران که اثربخشی درمان ACT در مدیریت بیماری قند و مهارت‌های پذیرش و آگاهی کنترل افکار و احساسات منفی مربوط به دیابت را موفق ارزیابی کرده بود، همسو است [8]. نتایج این پژوهش با پژوهشی که توسط ویتکیویتز و همکاران انجام شد نیز همسو است. آنها بر این باور بودند که به‌کارگیری این روش به‌علت سازوکار نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون قضاوت، رویارویی و رهاسازی در تلفیق با فنون رفتاردرمانی شناختی سنتی می‌تواند ضمن کاهش علائم بیماری، اثربخشی را افزایش دهد [4].

مطالعه حسینی، اثربخشی این درمان بر خودمراقبتی دیابت را نشان داد [2]. در پژوهش دیگری، اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود هموگلوبین گلیکوزیله و فعالیت‌های خودمراقبتی در مبتلایان به دیابت نوع دو بررسی شد. نمونه پژوهش، ۱۰۰ بیمار در بیمارستان لبافی‌نژاد بودند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک و آنتروپومتریک و مقیاس کوتاه فعالیت‌های خودمراقبتی بود. نتایج پژوهش، اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر بهبود هموگلوبین گلیکوزیله و فعالیت‌های خودمراقبتی مبتلایان به دیابت نوع دو تأیید کرد. همچنین اثر درمان در گروه آزمایش، ۳ ماه پس از مداخله پایدار باقی ماند. براساس این پژوهش، گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش هموگلوبین گلیکوزیله و افزایش فعالیت‌های خودمراقبتی مبتلایان به دیابت نوع دو شد. بنابراین می‌توان در کنار درمان‌های پزشکی از گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بهبود شاخص‌های کنترل دیابت نوع دو استفاده کرد تا به این وسیله از عوارض بیماری، پیشگیری به عمل آید [20]. همچنین نتایج این پژوهش با پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه سبک زندگی همسو است. این تحقیقات، مشخص‌کننده اثربخشی سبک زندگی سلامت در کاهش عوارض بیماری و کاهش هموگلوبین گلیکوزیله و کاهش وزن و فشار خون و غیره هستند [21, 22].

پژوهش اخیر همچنین با پژوهش میری و همکاران همسو بود. پژوهش میری نشان داد که اصلاح سبک زندگی با تغییر در فعالیت‌های فیزیکی و تغذیه‌ای می‌تواند از بروز ابتلا به بیماری دیابت نوع دو پیشگیری کند. همچنین نشان داده شد که تغییر سبک زندگی ناسالم و روی آوردن به سبک زندگی سالم می‌تواند از عوامل پیشگیری‌کننده مبتلا شدن به بیماری دیابت نوع دو باشد. بیماری دیابت یکی از اختلالات متابولیزمی شایع غیرواگیردار است و پیروی از یک رژیم غذایی مناسب می‌تواند تا ۸۰٪ در کنترل قند خون بیماران مبتلا به دیابت، نقش داشته باشد [23].

درمان سبک زندگی سلامت با ساختار ویژه خود، ابتدا با تغییر در الگوهای اجتنابی اولیه، افزایش پذیرش کامل حیطه وسیعی از تجارب عینی، انعطاف‌پذیری، تغییر قضاوت‌ها، تفاسیر و پیش‌بینی‌ها و آشکارشدن عملکرد پنهان زبان، سبب افزایش پذیرش در مراجع شد تا به فعالیت‌هایی بپردازد که در راستای

Springer Science and Business Media; 2004. pp. 3-29.

11- Wenzlaff RM, Wegner DM. Thought suppression. *Annu Rev Psychol.* 2000;51:59-91.

12- Kashdan TB, Breen WE, Afram A, Terhar D. Experiential avoidance in idiographic, autobiographical memories: Construct validity and links to social anxiety, depressive, and anger symptoms. *J Anxiety Disord.* 2010; 24(5): 528-34.

13- Karekla M, Panayiotou G. Coping and experiential avoidance: Unique or overlapping constructs? *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2011;42(2):163-70.

14- Norris SL, Engelgau MM, Narayanan KM. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: A systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care.* 2001;24(3):561-87.

15- Young-Hyman D, De Groot M, Hill-Briggs F, Gonzalez JS, Hood K, Peyrot M. Psychosocial care for people with Diabetes: A position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care.* 2016;39(12):2126-40.

16- White CA. Cognitive behaviour therapy for chronic medical problems: A guide to assessment and treatment in practice. Hoboken: Wiley; 2001.

17- Afrasiabifar A, Hasani P, Fallahi Khoshkenab M, Yaghamaei F. Models of adjustment to illness. *Adv Nurs Midwifery.* 2010; 19(67):42-8. [Persian]

18- Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: Results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care.* 2000;23(7):943-50.

19- Zareban I, Niknami Sh, Hidarnia AR, Rakhshani F, Karimy M, Kuhpayehzadeh J, et al. Predictors of self-care behavior and its effective factors among women's with type 2 diabetes patients in Zahedan via Health Belief model. *Sci Res J Health Syst Res.* 2014;1(19):1797-805. [Persian]

20- Shayeghian Z, Amiri P, Aguilar-Vafaie ME, Ali Besharat M, Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on improvement of glycated hemoglobin and self-care activities in patients with type II diabetes. *Contemp Psychol.* 2016;10(2):41-50. [Persian]

21- Chew BH, Mohd-Sidik S, Shariff-Ghazali S. Negative effects of diabetes-related distress on health-related quality of life: An evaluation among the adult patients with type 2 diabetes mellitus in three primary healthcare clinics in Malaysia. *Health Qual Life Outcomes.* 2015;13:187.

22- Gupta V, Sengupta M, Prakash J, Tripathy BC. Lifestyle, stress, and disorders. In: Gupta V, Sengupta M, Prakash J, Tripathy BC. *Basic and Applied aspects of biotechnology.* Singapore: Springer; 2016. pp. 475-86.

23- Miri A, Khooshabi F, Fatehi S, Shadan M, Mirshekari R, Najafi Darmiyan Y. The effect of nutritional education on the prevention of diabetes: A review article. *J Diabetes Nurs.* 2015;3(2):82-94. [Persian]

تأییدیه اخلاقی: این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه دکتری تخصصی روان‌شناسی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان با کد شناسایی ۲۳۸۲۰۷۰۵۹۵۲۱۲۱ است. کد اخلاق پژوهش IR.IAU.KHU.if.1397-25 است.

تضاد منافع: در این مطالعه، تضاد منافع وجود نداشت.

سهام نویسندگان: مریم حرو (نویسنده اول)، روش‌شناس/نگارنده بحث (۳۰٪)؛ اصغر آقایی (نویسنده دوم)، پژوهشگر اصلی (۳۰٪)؛ احمد عابدی (نویسنده سوم)، نگارنده مقدمه/روش‌شناس (۲۰٪)؛ محسن گل‌پرور (نویسنده چهارم)، تحلیلگر آماری (۲۰٪)

منابع مالی: موردی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

منابع

1- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2017 abridged for primary care providers. *Clin Diabetes.* 2017;35(1):5-26.

2- Hoseini M, Ashktorab T, Taghdisi MH. Health-promoting lifestyles in nursing students. *J Health Promot Manag.* 2013;2(1):66-79. [Persian]

3- Al-Qazaz HKh, Sulaiman SA, Hassali MA, Shafie AA, Sundram S, Al-Nuri R, et al. Diabetes knowledge, medication adherence and glycemic control among patients with type 2 diabetes. *Int J Clin Pharm.* 2011;33(6):1028-35.

4- Witkiewitz K, Marlatt GA, Walker D. Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *J Cognit Psychother.* 2005;19(3):221-8.

5- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression, a new approach to preventing relapse.* 1th Edition. New York: Guilford Press; 2002.

6- Barnes S, Brown KW, Krusemark E, Campbell WK, Rogge RD. The role of mindfulness in romantic relationship satisfaction and responses to relationship stress. *J Marital Famy Ther.* 2007;33(4):482-500.

7- Egede LE, Dismuke CE. Serious psychological distress and diabetes: A review of the literature. *Curr Psychiatry Rep.* 2012;14(1):15-22.

8- Gregg JA, Callaghan GM, Hayes SC, Glenn-Lawson JL. Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 2007;75(2):336-43.

9- 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.

10- Hayes SC, Strosahl KD, Bunting K, Twohig M, Wilson KG. What is acceptance and commitment therapy? In: Hayes SC, Strosahl KD, editors. *A practical guide to acceptance and commitment therapy.* New York: