

اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود هموگلوبین گلیکوزیله و فعالیت‌های خودمراقبتی در مبتلایان به دیابت نوع دو

Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on improvement of glycated hemoglobin and self-care activities in patients with type II diabetes

Zeinab Shayeghian &
Parisa Amiri

Research Institute for Endocrine Sciences,
Shahid Beheshti University of Medical Sciences

Maria E. Aguilar-Vafaie
Tarbiat Modares University
Mohammad Ali Besharat
University of Tehran

زینب شایقیان و
پریسا امیری*

پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم،
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

ماریا آگیلار وفایی
دانشگاه تربیت مدرس
محمدعلی بشارت
دانشگاه تهران

Abstract

Diabetes control as a chronic and complex disease needs doing self-care activity for lifetime. Psychological treatments, like acceptance and commitment therapy, are complementary to medical treatment in efforts to improve self-care activities. The purpose of present study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment group therapy on improvement of glycated hemoglobin and self-care activities in patients with type II diabetes. This was a pretest-posttest experimental design with control group. The study sample consisted of 100 (60 females, 40 males) out-patients diagnosed with type II diabetes who attended Labbafinejad Hospital. Measures used included: A questionnaire to obtain demographic and anthropomorphic characteristics and the Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA). The results yielded evidence for the effectiveness of acceptance and commitment therapy on improvement glycated hemoglobin levels and self-care activities. Follow-up comparisons after three months indicated that the beneficial effects of the intervention was still present. Based on the present findings, acceptance and commitment group therapy lead to the decrease of glycated hemoglobin and increase of self-care activities in type II diabetes. These findings suggest that acceptance and commitment therapy can be used as a complementary intervention together with medical treatment for improvement control indices of type II diabetes in order to prevent serious side effects of this illness.

Keywords: group therapy, acceptance and commitment therapy, diabetes

چکیده

کنترل دیابت، به عنوان یک بیماری مزمن و پیچیده مستلزم انجام فعالیت‌های خودمراقبتی در طول عمر است. درمان‌های روانشناختی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، جهت ارتقای فعالیت‌های خودمراقبتی مکمل درمان‌های پزشکی هستند. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود هموگلوبین گلیکوزیله و فعالیت‌های خودمراقبتی در مبتلایان به دیابت نوع دو بود. نمونه پژوهش شامل ۱۰۰ نفر (۶۰ زن، ۴۰ مرد) از مبتلایان به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به بیمارستان لبافی‌نژاد بودند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و آنترپومورفیک، مقیاس کوتاه فعالیت‌های خودمراقبتی دیابت (SDSCA) بود. نتایج پژوهش حاضر اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر بهبود هموگلوبین گلیکوزیله و فعالیت‌های خودمراقبتی مبتلایان به دیابت نوع دو تایید کرد. هم‌چنین اثر درمان در گروه آزمایش، سه ماه پس از مداخله پایدار باقی ماند. بر اساس یافته‌های حاضر، گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش هموگلوبین گلیکوزیله و افزایش فعالیت‌های خودمراقبتی مبتلایان به دیابت نوع دو شد. نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌کند که می‌توان در کنار درمان‌های پزشکی از گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد جهت بهبود شاخص‌های کنترل دیابت نوع دو استفاده کرد تا به این وسیله از عوارض بیماری، پیشگیری به عمل آید.

واژه‌های کلیدی: گروه‌درمانی، درمان پذیرش و تعهد، دیابت

* نشانی پستی نویسنده مسوول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم. پست الکترونیکی: amiri@endocrine.ac.ir

Received: 31 Dec 2014 Accepted: 19 Nov 2015

دریافت: ۱۳۹۳/۱۰/۱۰ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۹/۲۷

مقدمه

دیابت نوع دو، بیماری مزمن و پیچیده‌ای است که به مراقبت‌های پزشکی مداوم نیاز دارد (انجمن دیابت آمریکا، ۲۰۱۴). این بیماری با سبک زندگی بسیار مرتبط است و عوارض آن به‌طور مشخص بر کیفیت زندگی مبتلایان اثر منفی می‌گذارد (اسنوک و اسکینر، ۲۰۰۶). پیشروی عوارض و هزینه‌های بالای درمان این بیماری عمدتاً ناشی از کنترل نامناسب هموگلوبین گلیکوزیله^۱ است (بریتو- سانفیل، دیاگو- کابزودو و کالدرون، ۲۰۱۰). بنابراین اولین هدف در درمان دیابت، کنترل سطح گلوکز خون است که به عنوان معتبرترین شاخص متابولیک بیماری دیابت مطرح است (سیمو، استرجیوپول، چنگ، بوناتو و دیوا، ۲۰۱۲). بر این اساس، شناسایی عوامل موثر بر بهبود هموگلوبین گلیکوزیله به منظور پیشگیری از عوارض بیماری، مانند عوارض میکروواسکولار^۲ دارای اهمیت است (یو، بوسنیاک و سریلو، ۲۰۱۰). از سوی دیگر، دست یافتن به سطح مناسب هموگلوبین گلیکوزیله نیازمند انجام مراقبت‌های روزانه و فعالیت‌های خودمراقبتی^۳ است (انجمن آموزش دیابت آمریکا، ۲۰۰۵).

فعالیت‌های خودمراقبتی دیابت به عنوان اولین گام ضروری توانمندسازی بیمار، نیازمند توجه به رژیم غذایی، فعالیت بدنی، نظارت بر قند خون و انطباق با داروهای تجویز شده است (گریگ، کالاکان و هایس، ۲۰۰۷). امروزه بسیاری از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که کنترل قند خون و مدیریت دیابت بدون انجام فعالیت‌های خودمراقبتی میسر نمی‌شود (استینسبک، رایگ، لیسولو، رایس و فریتیم، ۲۰۱۲؛ چن و وانگ، ۲۰۰۷؛ فانل و اندرسن، ۲۰۰۴). حتی ۹۵٪ مراقبت و درمان دیابت در بزرگسالان توسط خود بیمار صورت می‌گیرد (بزازیان و بشارت، ۱۳۸۹؛ فرانکلین، ۲۰۰۸). اگرچه آموزش خودمراقبتی در دیابت بسیار مهم است اما باید به این آموزش‌ها عمل شود تا سودمند واقع گردند (انجمن آموزش دیابت آمریکا، ۲۰۰۵). عدم انجام آنها منجر به افزایش چهار برابری عوارض دیابت می‌شود (منسینگ، بوچر، سیپرس، وینگر، مولکای و همکاران، ۲۰۰۲) و

این عوارض بر سازگاری روانی^۴ بیمار اثر می‌گذارد (پورشرفی، زمانی، مهریار، بشارت و رجب، ۱۳۸۷). درحالی‌که هدف اصلی تمامی اقدامات درمانی دیابت در جهت کاستن از عوارض خطرناک آن و کنترل قند خون است (راوال، تپ، ویلیامز، چان، یاسین و همکاران، ۲۰۱۲).

درحال حاضر، الگوی مدل پزشکی به تنهایی پاسخگوی بسیاری از نیازها و مشکلات دیابت نیست (چین و کارمر، ۱۹۹۹)؛ چرا که بسیاری از عوامل مانند مشکلات روانشناختی و هیجانی مانع انجام و تداوم مراقبت‌های پزشکی می‌شود (پلونسکی، ۲۰۰۲). از این رو، برای درمان دیابت علاوه بر درمان‌های پزشکی، درمان‌های روانشناختی متعددی، مانند آموزش خودمدیریتی، مدیریت استرس^۵ و آرام‌سازی^۶، درمان‌های رفتاری، درمان شناختی- رفتاری^۷ و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۸، در طول سال‌های متوالی به کار رفته و اثرات مثبتی بر کنترل دیابت داشته‌اند. بر اساس نظر فانل و اندرسن (۲۰۰۴)، برای تداوم خودمدیریتی دیابت، بیمار باید بین منابع، ارزش‌ها و اولویت‌های رژیم درمانی شامل رژیم غذایی، ورزش، اندازه‌گیری قند خون و سیگار نکشیدن، آشتی ایجاد کند. این مساله نیز منطبق با گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد است که بر شناخت ارزش‌ها و پایبندی به آنها در جهت درمان بیمار تاکید دارد (هایس، استروسال، بوتینگ، توهیگ و ویلسون، ۲۰۱۰).

در پژوهش حاضر، از بین درمان‌های مطرح شده، گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یکی از درمان‌های موج سوم به دلایل زیر برای کنترل دیابت نوع دو مطرح شده است: نخست این‌که مطالعات فراتحلیل (نوریس، انگلگو و نارانیان، ۲۰۰۱؛ نوریس، لا، اسمیت، اشمید و انگلگو، ۲۰۰۲) نشان داده‌اند با این‌که در نظر گرفتن عوامل زمینه‌ای^۹ در درمان دیابت دارای اهمیت است، در درمان‌های روانشناختی قبلی دیابت به عوامل زمینه‌ای توجهی نشده است، درحالی‌که

4. mental adjustment
5. stress management
6. relaxation
7. cognitive behavioral therapy
8. acceptance and commitment therapy
9. contextual factors

1. glycated hemoglobin
2. microvascular complications
3. self-care activities

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود شاخص‌های کنترل دیابت نوع دو

با توجه به شیوع روزافزون دیابت که گویای انجام نشدن مرتب فعالیت‌های خودمراقبتی در مبتلایان به دیابت نوع دو است، یافتن موثرترین درمان‌ها در زمینه کنترل دیابت ضروری به نظر می‌رسد. براین اساس، پژوهش حاضر، با هدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر افزایش فعالیت‌های خودمراقبتی و به تبع آن کاهش سطح هموگلوبین گلیکوزیله در بزرگسالان ایرانی مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود و در آن از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. جامعه آماری پژوهش متشکل از مبتلایان به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به کلینیک غدد بیمارستان لبافی‌نژاد بودند. معیارهای ورود به پژوهش، محدوده سنی ۴۰ تا ۶۰ سال و عدم ابتلا به انواع دیگر دیابت؛ و شرایط خروج از مطالعه، بستری بودن بیمار و نارضایتی وی از ادامه همکاری بود. با توجه به معیارهای مذکور، ۱۳۳ نفر توسط متخصص غدد به محققین ارجاع داده شدند تا در یک دوره کارگاه آموزشی یک روزه خودمراقبتی دیابت شرکت کنند. از بین افراد ثبت نام شده ۱۲ نفر که نتوانسته بودند در کارگاه شرکت کنند، از پژوهش کنار گذاشته شدند. به منظور رعایت اصول اخلاقی، از بیماران خواسته شد پس از امضای رضایت‌نامه کتبی و تکمیل پرسشنامه‌ها، در زمان تعیین شده جهت انجام آزمایش خون به آزمایشگاه مراجعه کنند، همچنین به آنها در مورد محرمانه بودن این اطلاعات اطمینان داده شد. پس از بررسی اولیه، ۸ پرسشنامه ناقص کنار گذاشته شد و سه نفر نیز به دلیل مشکلاتی مانند جراحی و پرستاری از بیمار در خانه، قادر به ادامه همکاری نبودند. همچنین چهار نفر که در زمان مشخص شده به آزمایشگاه مراجعه نکرده بودند، به دلیل رعایت زمان برنامه‌ریزی شده در این مرحله از پژوهش کنار گذاشته شدند. تعداد ۱۰۶ نفر باقیمانده به صورت تصادفی به دو گروه ۵۳ نفری تقسیم شدند. تا مرحله پیگیری، از گروه آزمایش ۲ نفر به دلیل

درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر بافت‌شناسی است (هسکر، ۲۰۱۰). دوم این‌که پژوهش لاپالانن و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به دیگر درمان‌های روانشناختی دیابت، هزینه کمتری می‌طلبد و در کوتاه‌مدت نیز موثر است (هایس، ماسودا، بیست، لوما و گوریرو، ۲۰۰۴). سوم، پژوهش لاستمن و گاوارد (۲۰۱۲) نشان داد که اجتناب از بیماری در مبتلایان به دیابت بسیار زیاد است. این اصل منطبق بر اصول اولیه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای دیابت است که مشکل اصلی عمل نکردن به اعمال خودمراقبتی را اجتناب تجربی^۱ می‌داند. به‌طور مثال، اگر فرد مبتلا به دیابت عمیقاً این باور را داشته باشد که دیابت منجر به مرگ زودرس وی می‌شود، به احتمال بیشتری ممکن است از این افکار اجتناب کند و برای رهایی از این احساس ترس ممکن است فعالیت‌های خودمراقبتی دیابت را نادیده بگیرد. این اجتناب تجربی زمانی اتفاق می‌افتد که فرد تمایلی ندارد تا در تماس با رویدادهای شخصی مانند درد روانشناختی و بدنی، افکار و احساسات بماند (گریگ و همکاران، ۲۰۰۷).

هدف درمان مبتنی بر پذیرش 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 بتواند به طور کامل با زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش درگیر شود (هایس، لوین، پلامب- ویلاردگا، ویلات و پیستورلو، ۲۰۱۳). به عبارت دیگر، هدف این درمان، کاهش اجتناب تجربی همراه با افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی است. فردی که انعطاف‌پذیری روانشناختی دارد از رویدادهای ناخواسته اجتناب نمی‌کند و سعی در تغییر و کنترل آنها ندارد. بنابراین انرژی خود را به جای مقابله با اجتناب از رویدادهای ناخواسته، صرف ارزش‌ها و کیفیت زندگی می‌کند (هایس و همکاران، ۲۰۱۰). از آنجا که درمان 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.

1. experiential avoidance

تکنیکی درمان و تاکید بر تعهد بیمار جهت انجام فعالیت‌های خودمراقبتی. جلسه آخر جمع‌بندی درمان و تعهد دادن برای ادامه کنترل دیابت بود. لازم به ذکر است که هر جلسه، شامل تمرین‌های حضوری در جلسه و تمرین منزل بود که بیمار می‌بایست آنها را بر اساس کتابچه تنظیم شده برای بیماران به ترتیب انجام دهد و در فعالیت‌های کلاسی فعالانه شرکت کند (گریگ و همکاران، ۲۰۰۷). به منظور بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر خودمراقبتی و سطح هموگلوبین گلیکوزیله مبتلایان به دیابت نوع دو، از تحلیل واریانس تک متغیره با اندازه‌های مکرر استفاده شد.

ابزار سنجش

مقیاس کوتاه فعالیت‌های خودمراقبتی دیابت: مقیاس کوتاه فعالیت‌های خودمراقبتی دیابت^۴ (SDSCA؛ توبرت، گلاسکو و هامپسون، ۲۰۰۰)، شاخص خودتوصیفی معتبری برای سنجش فعالیت‌های خودمراقبتی دیابت است. این مقیاس ۲۶ گویه دارد و جنبه‌های رژیم غذایی شامل رژیم کلی و رژیم خاص، ورزش، اندازه‌گیری قند خون، مراقبت از پا، تبعیت از دستورات دارویی، سیگار کشیدن و توصیه‌های پزشک در مورد مراقبت از خود را می‌سنجد. نمره‌گذاری مقیاس از ۰ تا ۷، به صورت محاسبه فراوانی انجام فعالیت‌های خودمراقبتی طی یک هفته، یک ماه و یک سال است. نتایج هفت پژوهش نشان داد که این مقیاس از پایایی^۵ و روایی^۶ مناسبی برخوردار است و نسبت به تغییر رفتار حساس است (توبرت و همکاران، ۲۰۰۰). توبرت و همکاران (۲۰۰۰) همسانی درونی^۷ این مقیاس را با استفاده از همبستگی بین گویه‌ها مناسب و از ۰/۴۷ تا ۰/۸۰ گزارش کردند. در پژوهشی، آلفای کرونباخ کل مقیاس و زیرمقیاس‌های هفتگی، ماهیانه و سالانه این مقیاس به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۸۶ و ۰/۶۷ به دست آمد که نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب آن بود (رحیمیان بوگر، بشارت، مهاجری تهرانی و طالع‌پسند، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر نیز آلفای

عدم شرکت منظم در جلسات گروه‌درمانی و یک نفر به دلیل بروز عوارض شدید کلیدی از ادامه مسیر بازماندند و در گروه کنترل نیز سه نفر به دلیل عدم مراجعه در زمان مشخص شده برای پس‌آزمون کنار گذاشته شدند. تحلیل نهایی داده‌ها روی ۱۰۰ نفر (۶۰ زن، ۴۰ مرد) باقیمانده صورت گرفت. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طی ۱۰ جلسه ۲ ساعته بر اساس پروتکل درمانی پذیرش و تعهد در زمینه دیابت (گریگ و همکاران، ۲۰۰۷) انجام شد. طرح گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به شرح زیر اجرا شد: فاز اول یعنی جلسه ۱ تا ۳، فاز آموزش و اطلاعات است. در این فاز، بعد از ایجاد ارتباط درمانی بیماران با درمانگر و با دیگر بیماران، اطلاعات وسیعی در مورد دیابت مانند رعایت تغذیه، ورزش، مراقبت از چشم و پا و عوارض آن، تاثیر عوامل روانشناختی بر کنترل و عود بیماری، و مفاهیم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ارائه شد و بر اساس اطلاعات داده شده، به تحلیل مشکل جاری پرداخته شد. در این فاز بیمار از طریق برقراری اتحاد درمانی^۱ به آثار عوامل روانشناختی در زندگی و بیماری‌اش پی می‌برد. فاز دوم شامل جلسه ۴ تا ۶، فاز شناسایی ارزش‌ها، انتخاب و کار کردن روی اجتناب تجربی بیماران در مورد اجتناب از مفاهیم دیابت است؛ به‌ویژه اجتناب از افکار و احساساتی که ارزیابی منفی از دیابت دارند، و این‌که این افکار و احساسات ممکن است با خودمراقبتی در بیماری دیابت مداخله داشته باشند. هدف از این فاز، شناسایی ارزش‌ها، انتخاب‌ها و محتوای اجتناب شده بیماران، تجزیه و تحلیل راهبردهای کنترل تجربه‌گرایانه^۲، تجزیه و تحلیل موانع انگیزشی و روانشناختی است. فاز سوم شامل جلسات ۷ تا ۱۰، فاز پذیرش و عمل متعهدانه^۳ است که عناصر پذیرش و آموزشی درمان را کامل می‌کند. پذیرش بیماری بر انتخاب‌های درست، ارزش‌های درونی و بیرونی و توجه بیمار به حرکت به سمت ارزش‌های متمرکز می‌شود. هدف این فاز درمانی، شناسایی عواملی بود که منجر به انعطاف‌ناپذیری روانشناختی می‌شوند، از جمله هدف قرار دادن فرایندهای بنیادین، اعمال راهبردهای درست در مقابل ابعاد

4. The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure (SDSCA)

5. reliability

6. validity

7. internal consistency

1. therapeutic alliance

2. experimentalism control

3. committed action

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود شاخص‌های کنترل دیابت نوع دو

برای تعیین نیاز به تعدیل در برنامه درمانی به کار می‌رود (برارد، بلومر، هولدن، میلر و وو، ۲۰۱۳).

یافته‌ها

مشخصات جمعیت‌شناختی و بالینی ۱۰۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو شامل سن، تحصیلات، وضعیت تاهل و نوع داروی مصرفی در جدول ۱ گزارش شده است. بین دو گروه آزمایش و کنترل، تفاوت معناداری از لحاظ شاخص‌های دموگرافیک و بالینی مشاهده نشد. هم‌چنین میانگین ابتلا به دیابت و میزان هموگلوبین گلیکوزیله در کل جمعیت به ترتیب ۴/۲۲ و ۷/۵۸ بود.

کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۲ و برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۸۴ تا ۰/۹۴ به دست آمد.

آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله ($HbA1c$): هموگلوبین گلیکوزیله، کسری از هموگلوبین است که به آهستگی و طی فرایندی غیر آنزیمی از هموگلوبین و گلوکز شکل می‌گیرد. از آن‌جا که گلبول‌های قرمز به گلوکز نفوذپذیر هستند، هموگلوبین گلیکوزیله در طی دوره زندگی گلبول‌های قرمز تشکیل می‌شود و میزان آن بستگی مستقیم به غلظت گلوکز موجود در خون دارد. هموگلوبین گلیکوزیله باید هر ۳ ماه یکبار اندازه‌گیری شود تا وضعیت مدیریت دیابت و کنترل گلاسیمیک بیمار مورد بررسی قرار گیرد. آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله برای سنجش اثربخشی درمان و به عنوان شاخصی

جدول ۱

مشخصات دموگرافیک و بالینی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

گروه کنترل		گروه آزمایش		کل نمونه		متغیر
SD	M	SD	M	SD	M	
۸/۱۸	۵۵/۷۰	۸/۲۶	۵۵/۱۸	۸/۵۹	۵۵/۴۴	سن
						تحصیلات
	۵۰		۵۸		۵۴	دبیرستان و پایین‌تر
	۲۸		۳۸		۳۸	دیپلم و کاردانی
	۱۲		۴		۸	لیسانس و بالاتر
						وضعیت تاهل
	۲		۲		۲	مجرد
	۸۰		۸۶		۸۳	متاهل
	۱۸		۱۲		۱۵	بیوه یا مطلقه
						نوع دارو
	۷۴		۷۲		۷۳	قرص
	۲		۲		۲	انسولین
	۲۴		۲۶		۲۵	قرص + انسولین
۱/۵۳	۴/۰۱	۱/۴۰	۴/۵۴	۱/۴۹	۴/۲۲	مدت ابتلا به دیابت (سال)
۱/۳۹	۷/۶۰	۱/۶۵	۷/۵۵	۱/۵۲	۷/۵۸	هموگلوبین گلیکوزیله (درصد)

M باکس ($F=۱/۵۹$ و $Sig=۰/۰۷$) و $Box's M=۱۲/۰۸$) حاکی از برقراری مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس در گروه‌ها بود. آزمون لوین نیز در مورد تساوی واریانس‌های خطا ($p > ۰/۰۵$)، نشان‌دهنده برابری واریانس گروه‌ها بود. بنابراین،

جهت بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مبتلایان به دیابت نوع دو و مقایسه آن با گروه کنترل از روش تحلیل واریانس تک متغیره با اندازه‌های مکرر استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است. بررسی نتایج آزمون

مفروضه استفاده از تحلیل واریانس رعایت شده است. نتایج حاصل نشان داد که تعامل دو متغیر زمان و گروه معنادار است. میانگین نمرات هموگلوبین گلیکوزیله و فعالیت‌های خودمراقبتی در جدول ۲ ارائه شده است. میانگین نمرات هموگلوبین گلیکوزیله و فعالیت‌های خودمراقبتی در گروه

آزمایش در پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون به طور معنادار تغییر کرد و اثر آن در مرحله پیگیری پایدار ماند. در حالی که میانگین نمرات گروه کنترل در سه مرحله، تغییر معنادار نشان نداد.

جدول ۲

میانگین و انحراف استاندارد هموگلوبین گلیکوزیله و فعالیت‌های خودمراقبتی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		SD	M	SD	M	SD	M
هموگلوبین گلیکوزیله	آزمایش	۱/۶۵	۷/۵۵	۰/۲۲	۷/۱۱	۰/۲۲	۷/۰۳
	کنترل	۱/۳۹	۷/۶۰	۰/۲۲	۷/۶۶	۰/۲۲	۷/۶۸
فعالیت‌های خودمراقبتی	آزمایش	۲/۵۶	۶۷/۳۴	۳/۵۳	۷۳/۳۲	۳/۸۶	۷۳/۶۰
	کنترل	۲/۵۴	۶۸/۵۶	۲/۶۶	۷۰/۵۸	۲/۷۸	۷۱/۱۶

فعالیت‌های خودمراقبتی ($p = ۰/۱۸$ و $F_{۱, ۹۸} = ۱/۸۳$) گروه آزمایش تفاوت معناداری نشان نداد که گویای پایداری اثر درمان، سه ماه پس از مداخله است. در گروه کنترل نیز تفاوت معناداری بین نمرات هموگلوبین گلیکوزیله و فعالیت‌های خودمراقبتی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وجود نداشت. این نتایج نشان‌دهنده اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش هموگلوبین گلیکوزیله و افزایش فعالیت‌های خودمراقبتی در مبتلایان به دیابت نوع دو است.

طبق نتایج تحلیل واریانس، مداخله انجام شده روی گروه آزمایش، در مورد هموگلوبین گلیکوزیله ($p = ۰/۰۰۱$) و فعالیت‌های خودمراقبتی ($p = ۰/۰۰۱$) و $F_{۱, ۹۸} = ۱۲/۸۳$ و $F_{۱, ۹۸} = ۲۸/۳۹$ از لحاظ آماری معنادار است. در نتیجه می‌توان گفت که مداخله منجر به ایجاد تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل شده است. علاوه بر این، ضریب اتای به دست آمده، نشان می‌دهد که مداخله توانسته است ۰/۱۲ هموگلوبین گلیکوزیله و ۰/۲۳ از تغییرات فعالیت‌های خودمراقبتی را پیش‌بینی کند. هم‌چنین نمرات پس‌آزمون و پیگیری در هموگلوبین گلیکوزیله ($p = ۰/۲۰$ و $F_{۱, ۹۸} = ۱/۶۶$) و

جدول ۳

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر نمرات هموگلوبین گلیکوزیله و خودمراقبتی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش

منبع تغییر	مرحله	مجموعه مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
هموگلوبین گلیکوزیله	پیش‌آزمون. پس‌آزمون	۲/۲۵	۲/۲۵	۱۲/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۱۲
	پس‌آزمون. پیگیری	۰/۱۴	۰/۱۴	۱/۶۶	۰/۲۰	۰/۰۲
فعالیت‌های خودمراقبتی	پیش‌آزمون. پس‌آزمون	۱۶۰۰	۱۶۰۰	۲۸/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۲۳
	پس‌آزمون. پیگیری	۸۶/۴۹	۸۶/۴۹	۱/۸۳	۰/۱۸	۰/۰۲

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود شاخص‌های کنترل دیابت نوع دو

غشای پلاسمایی افزایش می‌دهد (اسوریو-فنتیلیا، کانتراس-فرات، التامیرانو، اسپینوسا، لی و همکاران، ۲۰۱۳). طی این فرایند حساسیت سلول‌های بدن به انسولین بیشتر می‌شود، عمل انسولین بر متابولیسم گلوکز بهبود می‌یابد، باعث افزایش میزان برداشت گلوکز محیطی می‌شود و سطح هموگلوبین گلیکوزیله بیمار پایین‌تر می‌آید (لی، لی و سانگ، ۲۰۱۳).

اندرسن و همکاران (۲۰۰۱) در پژوهش خود نشان دادند که اگرچه کاهش نگرانی‌های بیمار ممکن است سبب پایبندی به رژیم دیابت و کاهش هموگلوبین گلیکوزیله شود اما به دلیل ماهیت مزمن بیماری دیابت، حذف کامل نگرانی‌ها در عمل و در واقعیت بیماری امکان‌پذیر نیست. هر زمانی که فرد مبتلا به دیابت باید به اندازه‌گیری قند خون مبادرت کند یا رژیم غذایی‌اش را رعایت کند، نگرانی‌ها در دنیای واقعی ظاهر می‌شوند. بنابراین در خودمراقبتی داریم و روزانه دیابت نمی‌توان هیجان‌های مرتبط با دیابت مانند نگرانی‌ها، ترس یا هیجان‌های منفی را تغییر داد، حذف کرد یا کاهش داد (گریگ و همکاران، ۲۰۰۷). به همین دلیل آموزش مهارت‌های پذیرش و تعهد ممکن است جایگزین واقعی‌تری نسبت به دیگر درمان‌های روانشناختی برای دیابت باشد (هایس و همکاران، ۲۰۱۳). بنابراین پذیرش به‌ویژه هنگامی ضرورت می‌یابد که تجربه ناخوشایند فرد قابل تغییر نیست، مانند تجربه بیماری دیابت که مادام‌العمر است (ایفرت و فورسیس، ۲۰۰۵). هم‌چنین شناخت علت بیماری و پیدایش آگاهی به مفاهیم مرتبط با بیماری باعث درک ماهیت بیماری و انطباق و سازش با دیابت می‌شود (اسنوک و اسکینر، ۲۰۰۶). پژوهش لاستمن و گوارد (۲۰۱۲) نشان داد که اجتناب از بیماری در مبتلایان به دیابت بسیار زیاد است که ممکن است عاملی برای رعایت نکردن اصول خودمراقبتی در آنها باشد. این گروه از بیماران به دلیل احساس ناخوشایند شکست در جدال با بیماری و موفق نشدن در کنترل مداوم دیابت، ممکن است احساس ترس، خشم و گناه را در رابطه با بیمار گزارش کنند و انگیزه کافی برای مراقبت از خود را نداشته باشند (پلونوسکی، ۲۰۰۲).

بحث

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود هموگلوبین گلیکوزیله و فعالیت‌های خودمراقبتی در مبتلایان به دیابت نوع دو بود. یافته‌های به‌دست آمده از پژوهش حاضر نشان داد که گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه آزمایش منجر به کاهش معنادار هموگلوبین گلیکوزیله و افزایش معنادار فعالیت‌های خودمراقبتی در مبتلایان به دیابت نوع دو شد. این یافته همسو است با پژوهش گریگ و همکاران (۲۰۰۷) که در نمونه مشابه از مبتلایان به دیابت نوع دو اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر بهبود هموگلوبین گلیکوزیله و فعالیت‌های خودمراقبتی نشان دادند. در تایید این یافته، پژوهش ریچادرسون، آندر و نوردستورم (۲۰۰۱) نشان داد که ارتقای پذیرش در مبتلایان به دیابت با سطوح پایین‌تر هموگلوبین گلیکوزیله همراه است و در مقابل، اجتناب از افکار و احساسات مرتبط با دیابت با پایبندی کمتر به رژیم پزشکی (ویجمن، راس و روتن، ۲۰۰۵) و کنترل ضعیف‌تر قند خون (اشمیت، ریمر، کالزر، هاک، گر و همکاران، ۲۰۱۴) همراه است. در جریان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افراد می‌آموزند که احساسات‌شان را بدون اجتناب بپذیرند و از محتوای آزردهنده افکارشان با تمرکز آگاهانه‌تر بر فرایند تفکرشان، رهایی یابند و آن را به عمل مبتنی بر هدف^۱ مرتبط سازند (گریگ و همکاران، ۲۰۰۷). افزایش پذیرش در مبتلایان به دیابت سبب می‌شود تا اهمیت بیشتری برای خود و سلامتی خود قایل شوند و رفتارهای خودمراقبتی را بهتر و بیشتر انجام دهند، یعنی می‌کوشند تا داروهای تجویز شده و انسولین را به موقع مصرف کنند، از رژیم غذایی توصیه شده، بهتر پیروی کنند، فعالیت بدنی بیشتری انجام دهند و قند خون روزانه خود را اندازه‌گیری کنند که مجموع این فعالیت‌ها سبب بهبود سوخت و ساز بدن می‌شود (رز، فلیگ، هیلدبرانت، اسکروپ و کلپ، ۲۰۰۲). بهبود سوخت و ساز، نفوذپذیری غشای سلول عضلانی به گلوکز را به علت افزایش تعداد ناقل‌های گلوکز در

1. goal-based action

خود درک نکند و ۳) مهارت‌های لازم برای ایجاد رفتار را نداشته باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جهت این سه زمینه گام بر می‌دارد، بنابراین انتظار می‌رود که اثرات پایدارتری بر رفتار فرد داشته باشد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، استفاده از ابزار خودتوصیفی در سنجش فعالیت‌های خودمراقبتی بود که ممکن است شرکت‌کنندگان رفتارهای خودمراقبتی خود را کم‌برآورد یا بیش‌برآورد کنند. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود که جهت افزایش روایی داده‌های خودتوصیفی از یک برنامه ثبت روزانه رفتارهای خودمراقبتی استفاده شود تا اطلاعات جامع‌تری به دست آید یا از اعضای خانواده بیمار در ثبت رفتارهای روزانه استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در نمونه‌های شهری دیگر تکرار و نتایج آن با نمونه شهر تهران مقایسه شود تا به تعمیم‌دهی یافته‌ها اعتبار بخشد. در نهایت می‌توان بیان کرد که علی‌رغم محدودیت‌های پژوهش، یافته‌های پژوهش حاضر، یک گام پیش روی درمان روانشناختی مبتلایان به دیابت قرار داده است و امید می‌رود با همراه شدن این درمان‌ها با درمان‌های پزشکی بتوان سطح خودمراقبتی مبتلایان به دیابت را ارتقا بخشید و بدین طریق از عوارض خطرناک دیابت پیشگیری کرد.

علاوه بر این، پژوهش حاضر نشان داد که اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود هموگلوبین گلیکوزیله و فعالیت‌های خودمراقبتی، سه ماه پس از مداخله پایدار ماند. این یافته همسو با پژوهش گریگ و همکاران (۲۰۰۷) بود که در پیگیری سه ماهه نشان دادند اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود هموگلوبین گلیکوزیله و فعالیت‌های خودمراقبتی مبتلایان به دیابت پایدار باقی ماند. هریس (۲۰۰۹) در مورد پایداری اثر درمان معتقد است که شفاف‌سازی ارزش‌ها^۱ و درونی شدن عمل متعهدانه که طی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد صورت می‌گیرد، به اعضای گروه انگیزه کافی برای ادامه و پایبندی به درمان می‌دهد. علاوه بر این دو فرایند مهم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یعنی تماس با زمان حال^۲ و خود به عنوان زمینه^۳ در طول کسب مهارت‌های ذهن‌آگاهی^۴ در گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد شکل می‌گیرند که هر دو سبب می‌شود آگاهی مراجع از خودش و نیازهای فعلی‌اش افزایش یابد و این آگاهی به تداوم رفتارهای خودمراقبتی در بیماران کمک می‌کند. اندرسن و همکاران (۲۰۰۱) در زمینه پیگیری درمان توسط مبتلایان به دیابت معتقد هستند که در پیگیری درمان تغییر رفتاری در بیمار رخ نمی‌دهد اگر ۱) در این زمینه انگیزه لازم را پیدا نکند، ۲) اهمیت رفتار توصیه شده را در مدیریت دیابت

-
1. values
 2. present moment
 3. self as a context
 4. mindfulness

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود شاخص‌های کنترل دیابت نوع دو

سلامت جسمی (کاهش وزن و کنترل قند خون) در افراد مبتلا به دیابت نوع دو. *روانشناسی معاصر*، ۳، ۱۴-۳. رحیمیان بوگر، ا.، بشارت، م. ع.، مهاجری‌تهرانی، م. ر.، و طالع پسند، س. (۱۳۹۰). نقش پیش‌بین خودکارآمدی، باور به اثربخشی درمان و حمایت اجتماعی در خودمدیریتی دیابت قندی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۳، ۲۴۰-۲۳۲.

References

- American Diabetes Association (2014). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 37, S14- S80.
- American Association of Diabetes Educators (2005). The scope of practice, standards of practice, and standards of professional performance for diabetes educators. *Diabetes Education*, 31, 487- 513.
- Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: A meta-analysis. *Diabetes Care*, 24, 1069-1078.
- Berard, L. D., Blumer, I., Houlden, R., Miller, D., & Woo, V. (2013). Monitoring glycemic control. *Canadian journal of diabetes*, 1, S35-S39.
- Brito-Sanfiel, M., Diago-Cabezudo, J., & Calderon A. (2010). Economic impact of hypoglycemia on healthcare in Spain. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 6, 649-60.
- Chen, S. Y., & Wang, H. H. (2007). The relationship between physical function, knowledge of disease, social support and self-care behavior in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Nursing Research*, 15, 183-91.
- Chinn, P., & Karmer, M. (1999). *Theory and nursing*. St. Louis: Mosby.
- Cimo, A., Stergiopoulos, E., Cheng, C., Bonato, S., & Dewa, C. S. (2012). Effective lifestyle interventions to improve type II diabetes self-management for those with schizophrenia or schizoaffective disorder: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 12, 24-33.
- Eifert, H. G., & Forsyth, P. J. (2005). *Acceptance & commitment therapy for anxiety disorders*. Oakland: harbinger.
- Franklin, M. D. (2008). *The relationship between psychosocial factors, self-care behaviors, and metabolic control in adolescents with type II diabetes*. Dissertation for psychology. TN: Vanderbilt University.
- Funnell, M. M., & Anderson, R. M. (2004). Empowerment and self-management education. *Clinical Diabetes*, 22, 123-127.
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., & Hayes, S. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 336-343.
- Harris, R. (2009). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Hasker, S. M. (2010). *Evaluation of the Mindfulness-Acceptance-Commitment (MAC) approach for enhancing athletic performance*. Dissertation for the Degree Doctor of Psychology. University of Pennsylvania.
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35-54.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2010). What is acceptance and commitment therapy? In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy*

مراجع

بزازیان، س.، و بشارت، م. ع. (۱۳۸۹). سبک‌های دل‌بستگی، ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع II. *روانشناسی معاصر*، ۵، ۱۱-۳. پورشریفی، ح.، زمانی، ر.، مهریار، ا. ه.، بشارت، م. ع.، و رجب، ا. (۱۳۸۷). تاثیر مصاحبه‌انگیزی بر بهبود شاخص‌های

- (pp. 3-29). New York, NY: Springer Science-Business Media.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy, 44*, 180-198.
- Lappalainen, R., Lehtonen, T., Skarp, E., Taubert, E., Ojanen, M., & Hayes, S. C. (2007). The impact of CBT and ACT models using psychology trainee therapists. *Behavior Modification, 31*, 488-511.
- Lee, K., Lee, S., & Song, C. (2013). Whole-body vibration training improves balance, muscle strength and glycosylated hemoglobin in elderly patients with diabetic neuropathy. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine, 4*, 305-314.
- Lustman, P. J., & Gavard, J. A. (2012). *Psychosocial aspects of diabetes in adult populations*. St. Louis: Washington University School of Medicine.
- Mensing, C., Boucher, J., Cypress, M., Weinger, K., Mulcahy, K., Barta, P., & et al. (2002). National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care, 25*, 140s-148s.
- Norris, S. L., Engelgau, M. M., & Narayanan, K. M. V. (2001). Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: A systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care, 24*, 561-587.
- Norris, S. L., Lau, J., Smith, S. J., Schmid, C. H., & Engelgau, M. M. (2002). Self-management education for adults with type 2 diabetes: A meta-analysis on the effect on glycemic control. *Diabetes Care, 25*, 1159-1171.
- Osorio-Fuentealba, C., Contreras-Ferrat, A. E., Altamirano, F., Espinosa, A., Li, Q., Niu, W., & et al. (2013). Electrical stimuli release ATP to increase GLUT4 translocation and glucose uptake via PI3K -Akt-AS160 in skeletal muscle cells. *Diabetes, 5*, 1519-1526.
- Polonsky, W. H. (2002). Emotional and quality of life aspects of diabetes management. *Current diabetes reports, 2*, 153-159.
- Rawal, L. B., Tapp, R. J., Williams, E. D., Chan, C., Yasin, S., & Oldenburg, B. (2012). Prevention of type 2 diabetes and its complications in developing countries: A review. *International journal of behavioral medicine, 2*, 121-133.
- Richardson, A., Adner, N., & Nordstrom, G. (2001). Persons with insulin dependent diabetes mellitus: Acceptance and coping ability. *Journal of Advanced Nursing, 33*, 758-763.
- Rose, M., Fliege, H., Hildebrandt, M., Schirop, T., & Klapp, B. (2002). The network of psychological variables in patients with diabetes and their importance for quality of life and metabolic control. *Diabetes Care, 25*, 35-42.
- Schmitt, A., Reimer, A., Kulzer, B., Haak, T., Gahr, A., & Hermanns, N. (2014). Assessment of diabetes acceptance can help identify patients with ineffective diabetes self-care and poor diabetes control. *Diabetic medicine, 11*, 1446-1451.
- Snoek, F. J., & Skinner, T. C. (2006). Psychological aspects of diabetes management. *Medicine, 34*, 61-62.
- Steinsbekk, A., Rygg, L. Ø., Lisulo, M., Rise, M.B., & Fretheim, A. (2012). Group based diabetes self-management education compared to routine treatment for people with type 2 diabetes mellitus: A systematic review with meta-analysis. *BMC Health Services Research, 12*, 1-19.
- Toobert, D. J., Hampson, S. E., & Glasgow, R. E. (2000). The summary of diabetes self-care activities measure: Results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care, 23*, 943-950.
- Weijman, I., Ros, W., & Rutten, G. (2005). The role of work-related and personal factors in diabetes self-management. *Patient Education and Counseling, 59*, 87-96.
- Yu, P. C., Bosnyak, Z., & Ceriello, A. (2010). The importance of glycated haemoglobin (HbA(1c)) and postprandial glucose (PPG) control on cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *Diabetes research and clinical practice, 1*, 1-9.