

مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتار خودمراقبتی و هموگلوبین گلیکوزیله بیماران دیابت نوع ۲

آمنه خلعتبری^۱، *شهره قربان شیرویدی^۱، محمد رضا زربخش^۱، طاهر تیزدست^۱

۱. گروه روان شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۴/۲۴

تاریخ پذیرش: ۳۱ شهریور ۱۳۹۹

تاریخ انتشار: ۱۱ مهر ۱۳۹۹

زمینه: بیماری دیابت از جمله بیماری‌های شایعی است که می‌تواند علاوه بر جسم، سلامت روان افراد را نیز تحت تأثیر قرار دهد؛ بنابراین مداخلات روان‌شناختی جهت رفع مشکلات ناشی از این بیماری ضروری به نظر می‌رسد.

هدف: پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتار خودمراقبتی و هموگلوبین گلیکوزیله بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بیمارستان شهر تنکابن بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش کارآزمایی بالینی با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تک‌مرحله‌ای بود که از بین کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بیمارستان شهر تنکابن دویست نفر به صورت هدف‌دار انتخاب شدند و هم‌زمان مقیاس رفتار خودمراقبتی تورنت، گلاسکو و هامسپون (۲۰۰۲) به آنان ارائه شد. ۴۵ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و در سه گروه پانزده نفری شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند، دوازده جلسه درمان متمرکز بر شفقت و دوازده جلسه درمان مبتنی بر پذیرش اجرا شد که مدت‌زمان هر جلسه ۴۵ دقیقه بود. جلسات برای هر مداخله هفته‌ای دو جلسه با فاصله زمانی سه روز برگزار شد. در پایان درمان هر سه گروه مورد پس‌آزمون قرار گرفتند.

یافته‌ها: با توجه به مقایسه تفاوت میانگین‌های دو گروه درمان که به ترتیب برای خودمراقبتی و هموگلوبین گلیکوزیله ۵/۰۱۲ و ۲/۱۴۵- به دست آمده، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان متمرکز بر شفقت از اثربخشی بیشتری برخوردار بود.

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از روند مثبت و افزایش رفتار خود مراقبتی و متعادل شدن میزان هموگلوبین گلیکوزیله در مرحله پیگیری و اثربخشی هر دو رویکرد و برتری رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود. بنابراین می‌توان از این درمان در شرایط مختلف برای بهبود زندگی بیماران مبتلا دیابت نوع دو استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها:

بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، درمان متمرکز بر شفقت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رفتار خودمراقبتی، هموگلوبین گلیکوزیله

مقدمه

شده است، کنترل منظم قند خون بیمار است که بیشتر این اقدامات بر عهده خود بیمار است؛ چنان‌که مطالعات نیز حاکی از این مهم و تلاش بیمار برای کنترل بیماری است [۳]. بدین ترتیب مفهوم خودمراقبتی اهمیت خود را نشان می‌دهد، در واقع از مهم‌ترین عواملی که می‌تواند بیماری دیابت را تحت کنترل درآورد، خودمراقبتی است [۴]. رفتارهای خود مراقبتی بیماران دیابتی به معنای افزایش دانش و آگاهی در رابطه با ماهیت و نحوه عملکرد بیماری دیابت و به کارگیری رفتارها و کارهایی اعم از رژیم غذایی مناسب و سالم، کنترل مداوم قند خون، فعالیت بدنی و موارد مشابه می‌باشد که روند این بیماری را تغییر می‌دهد [۳]. آقاملایی و همکاران (۱۳۹۵) در این زمینه بیان داشتند که خودمراقبتی افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ را به همراه دارد [۵]. رفتارهای خودمراقبتی در این بیماری، داشتن رژیم غذایی مناسب، رعایت منظم رژیم دارویی، انجام

دیابت نوع ۲ یکی از بیماری‌های مزمن شایع است. انجمن بین‌المللی دیابت تعداد مبتلایان به این بیماری را ۲۵۸ میلیون نفر در سال ۲۰۱۰ در سراسر جهان عنوان کرده است [۱]. دیابت نوع ۲ اختلال مزمن متابولیک در بدن است که در آن، سرعت و توانایی بدن در استفاده از سوخت‌وساز کامل قندها با کاهش مواجه می‌شود. همچنین واکنش‌های داخل سلولی نیز کاهش می‌یابند و اثربخشی انسولین در تحریک جذب گلوکز توسط بافت‌ها کم می‌شود. در نتیجه مختل شدن سوخت‌وساز بدن، قند خون افزایش می‌یابد که متعاقب آن، نشانه‌های این بیماری از جمله، پرخوری، پرنوشی و پراداراری نمایان می‌شوند [۲]. با وجود تلاش‌های بسیار، تاکنون درمان قطعی برای این بیماری یافت نشده است و مهم‌ترین کاری که در این زمینه انجام

* نویسنده مسئول:

دکتر شهره قربان شیرویدی

نشانی: تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تنکابن، گروه روانشناسی.

تلفن: ۱۵۸۱۸۲۲ (۹۱۲) ۰۹۸+

رایانامه: drshohrehshiroudi@gmail.com

و تسکین می‌رسد. در واقع درمان شفقت منجر به ایجاد و رشد ذهن با شفقت می‌شود و تغییر را در فرد تسهیل می‌کند [۱۱] و مراجعان را در جهت تمرکز بر درک و احساس شفقت به خود در طول فرایندهای تفکر منفی با پرورش دادن شفقت نسبت به خود ترغیب می‌کند [۱۲].

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۵ که در موج سوم درمان‌ها به عنوان حوزه مهمی از روان‌درمانی‌های نوظهور عنوان شده است نیز می‌تواند مفید باشد [۱۳]. این درمان پیامی را بیان می‌دارد، مبنی بر اینکه «وقتی شما چیزی را که خارج از کنترلتان است می‌پذیرد، به اعمالی که می‌تواند کیفیت زندگی شما را بهتر کند، متعهد می‌شوید. هدف این درمان کمک به افراد جهت خلق زندگی پرمعناست و این در حالی است که به شیوه مؤثر دردها و استرس‌هایی را که خارج از کنترل شما هستند و به ناچار وارد زندگی‌تان شده‌اند تغییر می‌دهید [۱۴]. همچنین طی این درمان تغییر احساسات، امیال، باورها و افکار مراجع صرفاً مد نظر قرار ندارد و هدف اصلی تغییر رابطه مراجع با افکار و احساسات خود به گونه‌ای است که دیگر آن‌ها را به عنوان نمونه مد نظر قرار ندهد. این رویکرد که شامل شش بخش اصلی پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان حال، ذهن‌آگاهی، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه می‌شود، در جهت ترغیب مراجعان به پذیرش احساسات گام برمی‌دارد؛ به شکلی که فرد از خود اجتناب تجربی بروز ندهد و در لحظه حال زندگی و برای مقابله با مشکلات تلاش کند [۱۵]. پژوهش‌های بسیاری بر اثربخشی این رویکرد درمانی در مشکلات بیماران مبتلا به دیابت تاکید کرده‌اند؛ چنان‌که فتیحی و همکاران (۱۳۹۵) طی مطالعه‌ای که روی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام دادند دریافتند درمان مبتنی بر پذیرش در بهبود شرایط زندگی مبتلایان به این بیماری اثربخش بوده است [۱۶]. همچنین نتایج پژوهش شایقیان و همکاران (۱۳۹۴) حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود هموگلوبین گلیکوزیله و رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بود [۱۷]. همچنین اهمیت و ضرورت این پژوهش از جهات گوناگون قابل بررسی و تأمل است، از جمله اینکه دیابت شایع‌ترین بیماری مزمن متابولیک است که مهم‌ترین علائم آن عدم تحمل گلوکز یا از دیاد قند خون است. به همین دلیل، فرد عوارض کوتاه و بلندمدت دیابت را تجربه می‌کند. به علاوه شیوع بالای دیابت، هزینه‌های بسیار زیاد دارویی و نگهداری این افراد، تأثیرات مخربی را بر زندگی مبتلایان می‌گذارد [۲]. با توجه به شیوع بالای دیابت و هزینه‌های گزاف جهت کنترل آن و تمامی مشکلاتی که به واسطه آن ایجاد می‌شود؛ مداخلات روان‌شناختی در این زمینه ضروری به نظر می‌رسند؛ نه فقط به این خاطر که ممکن است موفقیت درمان دارویی و پزشکی را افزایش دهند، بلکه همچنین به منظور افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی این بیماران که

فعالیت‌های بدنی، کنترل قند خون و مراقبت از پاها را دربر می‌گیرد [۳]. کنترل قند خون، هموگلوبین گلیکوزیله یا HbA1c شاخص ویژه‌ای است که میزان متوسط قند خون فرد را در هشت تا دوازده هفته قبل نشان می‌دهد که از اندازه‌گیری این میزان می‌توان به رفتارهای خودمراقبتی بیماران نیز پی برد [۶]. سطح پایین‌تر هموگلوبین گلیکوزیله در بیماران مبتلا به دیابت، نشان از کنترل بهتر قند خون دارد؛ تا جایی که کاهش یک‌درصدی میزان هموگلوبین گلیکوزیله، عوارض و نتایج منفی دیابت را تا ۴۰ درصد پایین می‌آورد [۷]. مقدار بالا نیز حاکی از این است که فرد بیمار شرایط رو به خطری دارد که باید در جهت کاهش میزان قند خون خود اقدام کند [۶]. جهت کنترل عوارض ناشی از بالا بودن سطح هموگلوبین گلیکوزیله، توانمندسازی مناسب بیمار در جهت مراقبت از خود ضروری است [۸].

در واقع مشکل اصلی بیماران دیابتی میزان بالای گلوکز است و هموگلوبین گلیکوزیله قند خون ناشتا را در دو سه ماه گذشته نشان می‌دهد که بایستی نرمال باشد و این می‌تواند در درمان بیماران دیابتی مؤثر واقع شود. به علاوه دیابت نوع ۲ یک بیماری غیرآزمی است که تحت تأثیر سبک زندگی و فعالیت‌های روان‌شناختی قرار دارد؛ بنابراین با توجه به درگیری بیماران مبتلا به دیابت با اختلالات و مشکلات روان‌شناختی و در واقع تأثیرپذیری بیماری دیابت و خودمراقبتی از شرایط روان‌شناختی و همچنین اهمیت خودمراقبتی در روند کاهش یا افزایش هموگلوبین گلیکوزیله، مداخلات روان‌شناختی در رابطه با بیماری‌های مزمنی چون دیابت ضروری می‌نماید. چنان‌که هدف پژوهش حاضر بررسی میزان اثربخشی مداخلات روان‌شناختی مربوط به رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت بر علائم زیستی تحت تأثیر مسائل روان‌شناختی بود که بدین منظور متغیر هموگلوبین گلیکوزیله انتخاب شد. درمان متمرکز بر شفقت^۱ یکی از درمان‌های مطرحی است که می‌تواند بر بیماران دیابت اثرگذار باشد؛ چنان‌که زارعی (۱۳۹۳) در پژوهش خود این نتیجه را بیان کرد که درمان مذکور در کاهش افسردگی و کنترل سطح قندخون بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ اثربخش بوده است [۹]. این درمان برگرفته از علوم عصب‌شناسی، روان‌شناسی اجتماعی، رشد، تحولی، بودایی و بسیاری از مدل‌های درمانی دیگر است. این درمان سه مؤلفه ذهن‌آگاهی^۲، مهربانی با خود^۳ و حس اشتراک با انسانیت^۴ را شامل می‌شود [۱۰]. درمان شفقت این موضوع را مد نظر قرار دارد که افکار، تصاویر، عوامل و رفتارهای تسکین‌دهنده و شفقت‌ورزانه بیرونی بایستی در فرد درونی شوند. در نتیجه این فرایند، ذهن فرد همان واکنشی که در برابر عوامل شفقت‌ورزانه بیرونی داشته است از خود نشان می‌دهد و به آرامش

1. Compassion- Focused Therapy (CFT)
2. Mindfulness
3. Self- Kindness
4. Sense of common humanity

5. Acceptance and commitment treatment

گروه آزمایش اجرا شد و همزمان پرسشنامه‌های خودمراقبتی دیابت (SDSCA)^۲ توبرت، گلاسکو و هامسپون به آزمودنی‌ها داده شد که مدت‌زمان آزمایش دو ماه بود و در مرحله پس‌آزمون که در انتهای مداخلات، هم‌زمان برای هر سه گروه صورت گرفت نیز پرسشنامه مذکور روی ۴۵ آزمودنی پژوهش حاضر اجرا شد.

پرسشنامه فرم کوتاه فعالیت‌های خودمراقبتی دیابت (SDSCA) توبرت، گلاسکو و هامسپون (۲۰۰۲)، شاخص خودتوصیفی معتبری است که به واسطه آن فعالیت‌های خودمراقبتی دیابت مورد ارزیابی قرار می‌گیرد و شامل دوازده گویه است که جنبه‌های رژیم غذایی (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 ارزیابی می‌کند. جهت نمره‌گذاری مقیاس، نمره صفر تا ۷، به صورت محاسبه فراوانی انجام فعالیت‌های خودمراقبتی طی یک هفته، یک ماه و یک سال در نظر می‌شود. نتایج پژوهشی نشان داده است این مقیاس پایایی و روایی داشته و در رابطه با تغییرات رفتاری حساس است [۱۸]. نوحی و همکاران (۲۰۱۱) در ایران این پرسشنامه را هنجاریابی و روایی و پایایی آن را تأیید کرده‌اند [۱۹]. توبرت و همکاران (۲۰۰۰) همسانی درونی این مقیاس را با به‌کارگیری همبستگی بین گویه‌ها، مناسب و از ۰/۴۷ تا ۰/۸۰ دانستند. همچنین آلفای کرونباخ کل مقیاس و زیرمقیاس‌های هفتگی، ماهانه و سالانه پرسشنامه خودمراقبتی به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۹۵، ۰/۸۶ و ۰/۶۷ گزارش شد که حاکی از همسانی درونی مطلوب این مقیاس بود [۲۰].

جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات آماری در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار استفاده شد و در سطح آمار استنباطی تحلیل کوواریانس مانکووا به کار رفت. در ادامه آزمون آلفای بن فرنی و در مرحله پیگیری با گرفتن نمرات افتراقی، آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه و آزمون تعقیبی شفه به کار گرفته شد. به منظور توصیف و تحلیل داده‌ها نیز از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد.

طرح درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، جلسه اول: درماندگی خلاق معرفی می‌شود، اهداف و کارهای ناموفق درمان‌جو مورد اکتشاف قرار می‌گیرد، آگاه کردن مراجع از راهبردهای کنترلی در برابر مشکلات. جلسه دوم: نتیجه جلسه قبل توضیح می‌شود، دادن تمرینات تجربی برای چالش با تأثیر راهبردهای کنترل. جلسه سوم: آگاهی از اینکه کنترل یک مشکل است، مورد ارزیابی قرار دادن مشکلات، فعال کردن رفتار. جلسه چهارم: معرفی مفهوم گسلش از افکار و احساساتی که افسردگی را شکل می‌دهند. جلسه پنجم: ارزیابی توانایی مراجع در رهایی یافتن از افکار و احساسات ایجادکننده افسردگی. جلسه ششم: خود مفهوم‌سازی‌شده در مقابل خود مشاهده‌گر معرفی می‌شود. جلسه هفتم: آگاهی

بسیار بیشتر از سایر بیماران ارگانیکی در رنج هستند. در این بین انجام پژوهش برای بررسی کارایی و اثربخشی درمان‌های موج سوم روان‌شناختی ضروری به نظر می‌رسد. به این ترتیب و با توجه به مطالب بیان‌شده، هدف پژوهش حاضر پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا بین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر رفتار خودمراقبتی و هموگلوبین گلیکوزیله بیماران دیابت نوع ۲ تفاوت وجود دارد؟ و آیا بین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و متمرکز بر شفقت بر رفتار خودمراقبتی و هموگلوبین گلیکوزیله بیماران دیابت نوع ۲ در شرایط پیگیری تفاوت وجود دارد؟

مواد و روش‌ها

جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بیمارستان شهر تنکابن بود که اختلال نداشتند (با توجه به پرونده پزشکی، گزارش‌های فردی و مصاحبه بالینی). از این بین، نمونه‌ای با حجم دویست نفر انتخاب شد و پس از اجرای آزمون‌های مربوط به متغیر مورد اندازه‌گیری، آزمودنی‌ها بر اساس میانگین و یک انحراف معیار پایین‌تر یا بالاتر (نقطه برش) مورد غربالگری قرار گرفتند. در واقع افراد بر اساس میانگین و یک انحراف معیار بالاتر یا یک انحراف معیار پایین‌تر از سایرین جدا شدند که تعداد آن‌ها ۸۵ نفر بود و از این بین ۴۵ نفر به صورت تصادفی ساده با روش قرعه‌کشی انتخاب شدند و در سه گروه پانزده‌نفری اعم از دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل برای بررسی قرار گرفتند. سپس یک گروه آزمایش، درمان ACT را در طی دوازده جلسه و یک گروه آزمایش دیگر درمان CFT را در طی دوازده جلسه دریافت کردند و برای گروه کنترل نیز مداخله‌ای صورت نگرفت. در بخش اجرای این پژوهش، از روش میدانی استفاده شد، بدین صورت که جهت انتخاب آزمودنی‌ها، اجرای پرسش‌نامه و مداخلات و برای جمع‌آوری ادبیات و پیشینه تحقیق از روش کتابخانه‌ای (کتاب و سایت‌های معتبر علمی و مجلات) استفاده شد.

پس از کسب مجوزهای لازم و مراجعه به کلینیک دکتر برقی در شهرستان رامسر و شناسایی بیماران واجد شرایط شرکت در پژوهش و شفاف‌سازی برای آنان، این بیماران از نظر سن، تحصیلات و وضعیت تأهل هماهنگ شدند. عوامل مداخله‌گر کاهش یافت و سپس به صورت تصادفی هر دو بیمار همتا شده در بلوک‌های سه‌تایی قرار گرفتند و گروه آزمایش اول تحت درمان متمرکز بر پذیرش و تعهد، گروه آزمایش دوم تحت درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفتند. گروه سوم بدون آموزش و به عنوان گروه کنترل اختصاص یافت. همچنین پس از کسب رضایت‌نامه کتبی و شفاهی از آزمودنی‌ها، پرسش‌نامه‌ها در ابتدای پژوهش (مرحله پیش‌آزمون) در اختیار آنان قرار گرفت و تکمیل شد و مداخلات مذکور طبق پروتکل درمانی معرفی شد و در جلسه جلسه گروهی هفته‌ای (یک جلسه ۴۰ دقیقه‌ای در هفته) فقط برای

نتایج

در نتایج حاصل از آمار توصیفی این پژوهش، توزیع فراوانی در نمونه، بر اساس وضعیت تأهل گروه آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بدین گونه بود: فراوانی، درصد فراوانی و درصد فراوانی تجمعی در افراد مجرد و متأهل به ترتیب شامل ۵، ۲۵، ۲۵ و ۱۰، ۷۵، ۱۰۰ بود که ده نفر متأهل و پنج نفر را مجردا تشکیل می‌دادند. در گروه درمان متمرکز بر شفقت نیز هر سه مورد فراوانی‌ها در افراد مجرد و متأهل به ترتیب ۳، ۲۰، ۲۰ و ۱۲، ۸۰، ۱۰۰ بود که دوازده نفر متأهل و سه نفر مجرد را شامل می‌شد. همچنین هر سه نوع فراوانی در مجردا و متأهل‌های گروه کنترل به ترتیب ۴، ۲۶/۶۷، ۲۶/۶۷ و ۱۱، ۷۳/۳۳، ۱۰۰ بود که از این بین یازده نفر متأهل و چهار نفر مجرد بودند. همچنین خی دو محاسبه شده به شرح زیر می‌باشد که بیان می‌دارد تفاوت معنادار است: $X^2=10/66, P>0/01$

طبق جدول شماره ۱، از بین پانزده آزمودنی گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد، افراد ۴۱ تا ۴۵ سال با درصد ۴۶/۶۷ بیشترین تعداد و افراد بین ۲۶ تا ۳۰ سال با ۱۳/۳۳ درصد، کمترین تعداد افراد را شامل شدند. از بین پانزده نفر گروه درمان متمرکز بر شفقت، افراد بین ۴۱-۴۵ سال با درصد ۳۳/۳۳ بیشترین افراد و افراد بین ۲۰-۲۵ سال

مراجع از ارزش‌ها، جلسه هشتم: همراهی با مراجع برای شناخت بخش‌هایی از زندگی که ناهم‌خوان با ارزش‌های او هستند. جلسه نهم: ارتباط بین اهداف و فعالیت‌ها را مورد اکتشاف قرار دادن، استحکام بخشیدن به عوامل تمایل و گسلش. جلسه دهم: تمرکز بر مسائلی که به درمان‌جو مرتبط می‌شود. جلسه یازدهم: آموزش به درمان‌جو جهت اینکه که خود یک درمانگر باشد. جلسه دوازدهم: پیشرفت درمان‌جو و اهداف او منعکس می‌شود.

طرح درمان متمرکز بر شفقت؛ جلسات اول تا سوم: آشنایی با مفهوم کلی رویکرد، اجرای پیش‌آزمون، ایجاد رابطه مثبت با درمان‌جو. جلسات چهارم تا ششم: بحث در رابطه با تجربیات و مورد ارزیابی قرار دادن آن‌ها و شکل دادن درمانگری خلاق. جلسات هفتم و هشتم: گسیختگی شناختی و تکنیک ذهن‌آگاهی آموزش داده می‌شود و مورد تمرین قرار می‌گیرد، بررسی کردن تکالیف، پل زدن به جلسات قبل، ارایه‌ی منطق کار و تکنیک‌های شناختی. جلسات نهم و ده: پذیرش و تمایل، برقراری تماس با زمان حال، در نظر گرفتن و نگاه کردن به افکار و اندیشیدن به جای نگاه کردن از طریق افکار، معرفی ارزش‌ها و همچنین تفاوت‌ها. جلسات یازده و دوازده: درک کردن ماهیت تعهد و تمایل، تعیین کردن الگوهای مناسب با ارزش‌ها، جمع‌بندی درمان و مورد اجرا قرار دادن پس آزمون.

جدول ۱. توزیع فراوانی در نمونه برحسب وضعیت سن در هر سه گروه

درصد فراوانی تجمعی	درصد فراوانی	فراوانی	
		سن	سطح
۰	۰	۰	۲۰-۲۵
۱۳/۳۳	۱۳/۳۳	۲	۲۶-۳۰
۱۳/۳۳	۰	۰	۳۱-۳۵
۵۳/۳۳	۴۰	۶	۳۶-۴۰
۱۰۰	۴۶/۶۷	۷	۴۱-۴۵
۱۰۰	۱۰۰	۱۵	کل
۲۰	۲۰	۳	۲۰-۲۵
۲۰	-	۰	۲۶-۳۰
۴۰	۲۰	۳	۳۱-۳۵
۶۶/۶۷	۲۶/۶۷	۴	۳۶-۴۰
۱۰۰	۳۳/۳۳	۵	۴۱-۴۵
۱۰۰	۱۰۰	۱۵	کل
-	-	۰	۲۰-۲۵
-	-	۰	۲۶-۳۰
۶/۶۷	۶/۶۷	۱	۳۱-۳۵
۶۰	۵۳/۳۳	۸	۳۶-۴۰
۶۰	۴۰	۶	۴۱-۴۵
۱۰۰	۱۰۰	۱۵	کل

جدول ۲. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری درمان پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر متغیر رفتار خودمراقبتی

منبع پراش	مجموع مجنورات SS	درجه آزادی df	میانگین مجنورات MS	F	P	تفاوت میانگین‌ها
(رفتار خودمراقبتی)	۱۸۵/۴۷۴	۱	۱۸۵/۴۷۴	۹۵/۲۹۵	۰/۰۰۰۵	۵/۰۱۲
خطا	۷۹/۷۹۹	۴۱	۱/۹۴۶			

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان

جدول ۳. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری درمان پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر متغیر رفتار خودمراقبتی در پیگیری

منبع پراش	مجموع مجنورات SS	درجه آزادی df	میانگین مجنورات MS	F	P	تفاوت میانگین‌ها
(رفتار خودمراقبتی)	۲۱۷/۰۸۲	۱	۲۱۷/۰۸۲	۱۰۳/۲۴۰	۰/۰۰۰۵	۵/۴۲۲
خطا	۶۸۷/۲۸۸	۴۱	۱۶/۷۶۶			

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان

$$F_{(1,41)} = 95/295; P > 0/01$$

با توجه به مقایسه تفاوت میانگین‌های دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت در میزان رفتار خودمراقبتی (۵/۰۱۲) نشان داده شده است افرادی که تحت تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفته‌اند نسبت به افرادی که تحت درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفته‌اند در میزان متغیر رفتار خودمراقبتی در پس‌آزمون اثربخشی بیشتری دارند.

با توجه به نتایج تجزیه و تحلیل اطلاعات بر اساس آزمون آماری تحلیل کوواریانس، با ۰/۹۹ احتمال می‌توان گفت که فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه بین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر رفتار خودمراقبتی بیماران دیابت نوع ۲ در پس‌آزمون تفاوت وجود دارد، تأیید می‌شود.

نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد بین دو گروه آزمایش (گروه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه تحت درمان شفقت)، تفاوت معناداری از لحاظ میزان رفتار خودمراقبتی در پیگیری وجود دارد (فرمول شماره ۲).

۲.

$$F_{(1,41)} = 103/240; P < 0/01$$

با توجه به مقایسه تفاوت میانگین‌های دو گروه (۵/۴۲۲) نشان داده شده است که افرادی که تحت تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفته‌اند نسبت به افرادی که تحت درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفته‌اند، در میزان متغیر رفتار خودمراقبتی در پیگیری اثربخشی ماندگارتری دارند. با توجه به نتایج تجزیه و تحلیل اطلاعات بر اساس آزمون آماری تحلیل کوواریانس با ۰/۹۹ احتمال می‌توان گفت فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه بین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر رفتار خودمراقبتی بیماران دیابت نوع ۲ در پیگیری تفاوت وجود دارد، تأیید می‌شود.

و ۳۱-۳۵ با ۲۰ درصد کمترین تعداد افراد را شامل شدند. از پانزده نفر گروه کنترل نیز افراد ۳۶-۴۰ سال با ۵۳/۳۳ درصد بیشترین و بین ۳۱-۳۵ سال با ۶/۶۷ درصد کمترین تعداد را تشکیل می‌دادند. همچنین خی دو محاسبه شده به این شرح است که بیان می‌دارد تفاوت معنادار است: $X^2 = 10/66, P > 0/0$.

در رابطه با تحصیلات، از پانزده نفر گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد، افراد با مدرک فوق لیسانس با ۴۶/۶۷ درصد، بیشترین تعداد و افراد با مدرک دیپلم و لیسانس با ۶/۶۷ درصد کمترین تعداد را شامل می‌شدند. از پانزده نفر گروه درمان متمرکز بر شفقت، افراد با تحصیلات فوق لیسانس با ۴۰ درصد بیشترین و افراد با مدرک دیپلم با ۱۳/۳۳ درصد کمترین تعداد را دربر می‌گرفتند. از پانزده فرد گروه کنترل، افراد دارای مدرک فوق لیسانس با ۴۶/۶۷ درصد و افراد با مدرک فوق دیپلم با ۶/۶۷ درصد، به ترتیب بیشترین و کمترین تعداد را شامل می‌شدند. همچنین خی دو محاسبه شده به این شرح زیر است که بیان می‌دارد تفاوت معنادار است: $X^2 = 10/66, P > 0/01$.

در رابطه با وضعیت شغلی، از پانزده فرد گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افراد خانه‌دار با ۸۰ درصد، بیشترین تعداد و افراد بیکار با ۶/۶۷ درصد کمترین تعداد را شامل می‌شدند. در گروه درمان متمرکز بر شفقت، افراد خانه‌دار با ۶۶/۶۷ درصد و افراد با شغل آزاد با ۶/۶۷ درصد به ترتیب بیشترین و کمترین فراوانی را داشتند. در گروه کنترل نیز افراد با شغل خانه‌داری ۶۰ درصد و بیشترین تعداد و افراد دانشجو با ۶/۶۷ درصد کمترین تعداد را داشتند. همچنین خی دو محاسبه شده به این شرح است که بیان می‌دارد تفاوت معنادار است: $X^2 = 10/66, P > 0/01$.

نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد بین دو گروه آزمایش (گروه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه تحت درمان شفقت)، تفاوت معناداری از لحاظ میزان رفتار خودمراقبتی در پس‌آزمون وجود دارد (فرمول شماره ۱).

۱.

جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری درباره اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر متغیر هموگلوبین گلیکوزیله

منبع پراش	مجموع مجزورات SS	درجه آزادی df	میانگین مجزورات MS	F	P	تفاوت میانگین‌ها
(هموگلوبین گلیکوزیله)	۳۴/۰۹۹	۱	۳۴/۰۹۹	۳۸/۴۵۰	۰/۰۰۰۵	-۲/۱۴۵
خطا	۳۶/۳۶۰	۴۱	۰/۸۸۷			

مجله دانشکده علوم پزشکی کیلان

جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری درباره اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر متغیر هموگلوبین گلیکوزیله

منبع پراش	مجموع مجزورات SS	درجه آزادی df	میانگین مجزورات MS	F	P	تفاوت میانگین‌ها
(هموگلوبین گلیکوزیله)	۳۵/۹۷۵	۱	۳۵/۹۷۵	۴۲/۸۶۴	۰/۰۰۰۵	-۲/۲۰۳
خطا	۳۴/۴۱۰	۴۱	۰/۸۳۹			

مجله دانشکده علوم پزشکی کیلان

پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت در میزان هموگلوبین گلیکوزیله (۲/۲۰۳-) نشان داده شده است که افرادی که تحت تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفته‌اند نسبت به افرادی که تحت درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفته‌اند در میزان متغیر هموگلوبین گلیکوزیله در پیگیری، اثربخشی ماندگارتری دارند. با توجه به نتایج تجزیه و تحلیل اطلاعات بر اساس آزمون آماری تحلیل کوواریانس با ۰/۹۹ احتمال می‌توان گفت که فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه بین میزان اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر هموگلوبین گلیکوزیله بیماران دیابت نوع ۲ در پیگیری تفاوت وجود دارد، تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتار خودمراقبتی و هموگلوبین گلیکوزیله بیماران دیابت نوع ۲ اجرا شد. با توجه به مقایسه تفاوت میانگین‌های دو گروه (۵/۰۱۲) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت در میزان رفتار خودمراقبتی، نشان داده شده است که افراد گروهی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کرده‌اند نسبت به افرادی که درمان متمرکز بر شفقت را دریافت کرده‌اند در میزان متغیر رفتار خودمراقبتی در پس‌آزمون از اثربخشی بیشتری برخوردار بوده‌اند. این نتایج با پژوهش‌هایی هم‌خوان و همسوست [۲۱، ۲۲]. طبق پژوهش کاستن (۲۰۱۷) خوددلسوزی که حاصل از درمان متمرکز بر شفقت است اثربخشی مثبت بر میزان خودمراقبتی داشته به این صورت که میزان آن را در بیماران افزایش داده است [۲۱]. حر و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهش خود دریافتند تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی مثبت بر توانایی خودمراقبتی داشته و آن را افزایش داده است و هموگلوبین گلیکوزیله در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ را نیز کاهش داده

نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد بین دو گروه آزمایش (گروه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه تحت درمان شفقت)، تفاوت معناداری از لحاظ میزان هموگلوبین گلیکوزیله در پس‌آزمون وجود دارد (فرمول شماره ۳).

$$F_{(1,41)} = 38/450; P < 0/01$$

با توجه به مقایسه تفاوت میانگین‌های دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت در میزان هموگلوبین گلیکوزیله (۲/۱۴۵) نشان داده شده است افرادی که تحت تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفته‌اند نسبت به افرادی که تحت درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفته‌اند در میزان متغیر هموگلوبین گلیکوزیله در پس‌آزمون اثربخشی مثبت‌تر و بیشتری دارند و در واقع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به بهبود میزان هموگلوبین گلیکوزیله افراد می‌شوند.

با توجه به نتایج تجزیه و تحلیل اطلاعات بر اساس آزمون آماری تحلیل کوواریانس با ۰/۹۹ احتمال می‌توان گفت فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه بین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر هموگلوبین گلیکوزیله بیماران دیابت نوع ۲ در پس‌آزمون تفاوت وجود دارد، تأیید می‌شود.

نتایج جدول شماره ۵ نشان می‌دهد بین دو گروه آزمایش (گروه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه تحت درمان شفقت)، تفاوت معناداری از لحاظ میزان هموگلوبین گلیکوزیله در پیگیری وجود دارد (فرمول شماره ۴).

$$F_{(1,41)} = 864/42; P < 0/01$$

با توجه به مقایسه تفاوت میانگین‌های دو گروه درمان مبتنی بر

این گونه رفتارهای خودمراقبتی آن‌ها ارتقا می‌یابد. وقتی ذهنیت مراجع به خود بهبود یابد، سختگیری‌ها کمتر شده و در نتیجه بیش از گذشته انگیزه انجام کار در او به وجود می‌آید؛ کارهایی که در جهت راحت‌تر شدن شرایط سخت بیماری است. به نظر می‌رسد تکنیک‌های تصویرسازی مشفقانه و نوشتن نامه مشفقانه به خود در این درمان توانسته است توجه به خود و در نتیجه رفتار خودمراقبتی را در بیماران مبتلا به دیابت ارتقا دهد و این گونه بر افزایش رفتارهای خودمراقبتی اثربخش بوده است.

با توجه به مقایسه تفاوت میانگین‌های دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت در میزان هموگلوبین گلیکوزیله (۲/۱۴۵)، نشان داده شده است که افراد تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به افرادی که تحت درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفته‌اند، در میزان متغیر هموگلوبین گلیکوزیله در پس‌آزمون، نتایج بهتری کسب کردند. این نتایج با مطالعاتی همسو و موازی است [۲۴، ۲۵]. برای مثال طبق پژوهش شایقیان (۱۳۹۴) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی مثبت بر بهبود میزان هموگلوبین گلیکوزیله داشته و رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ را افزایش داده است [۱۷]. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به علت دربر داشتن پذیرش، ارتقای آگاهی، بودن در لحظه، حساسیت‌زدایی، مشاهده بدون قضاوت علاوه بر کاهش نشانه‌های بیماری (برای مثال هموگلوبین گلیکوزیله)، اثربخشی را افزایش می‌دهد [۲۶]. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افکار و هیجانات مراجع تغییر می‌کنند و بدین‌صورت به‌زیستی و سطح روان‌شناختی مراجع ارتقا می‌یابد. این درمان مراجع را جهت پذیرش هیجانات و افکار منفی کمک می‌کند که حاصل آن، شناسایی اهداف و تعهد به آن است. این درمان به کمک تکنیک‌های استعاری، تکالیف و مهارت‌های ذهن‌آگاهی مشکلات روان‌شناختی افراد را رفع کرده و در نتیجه در جسم و میزان هموگلوبین گلیکوزیله خون اثر می‌کند. مداخلات درمانی که آرامش و سپس بهبود یافتن سطح هموگلوبین گلیکوزیله را همراه دارد، مداخلات مربوط به ذهن‌آگاهی است. به نظر می‌رسد تکنیک‌های ذهن‌آگاهی از فکر و هیجان، ذهن‌آگاهی از محیط اطراف، تکنیک‌های مراقبه، آموزش ذهن‌آگاهی از کارهای روزمره در این پژوهش توانسته است سطح هموگلوبین گلیکوزیله بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ را تحت تأثیر قرار دهد و نشانه‌های ناشی از اختلال در سطح آن را کاهش دهد. تکنیک‌های مرتبط با ذهن‌آگاهی منجر به اثربخشی بیشتر این درمان نسبت به شفقت‌درمانی شده است؛ زیرا آگاهی و شناخت بیشتر نسبت به خود، احساسات و افکار، اقدامی را ایجاد می‌کند مبنی بر رسیدگی به خود و انجام اعمالی که سطح هموگلوبین گلیکوزیله را در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ متعادل می‌کند.

درمان شفقت به خود، می‌تواند مشکلات و ناراحتی‌های روانی

است [۲۲]. در پژوهش فرد آزار و همکاران (۱۳۹۶) نتایج حاکی از این بود که خودمراقبتی بر سلامت جسمانی و روانی بیماران با دیابت نوع ۲ مؤثر است [۲۳]. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که درمان‌جو را برای پذیرش احساسات، افکار، شرایط و مشکلات ترغیب می‌کند، منجر به انجام دادن کاری در جهت کنترل مسائل و مشکلات می‌شود. از جمله کارهای مناسبی که از بیمار ساخته است، مراقبت از خود با هدف کنترل شرایط جسمانی و بهبود شرایط و حتی کاهش روند منفی بیماری است. در طول این درمان، پذیرش و عدم اجتناب از احساسات و تمرکز بر فرایند تفکر رخ می‌دهد [۲۴] که این می‌تواند منجر به بهبود فرد شود. این درمان مقولات درست و غلط را مورد توجه قرار نمی‌دهد، بلکه بر توانایی انجام کاری تأکید می‌کند و هیچ‌گاه مراجع را وادار به پذیرش افکار و احساسات در همه شرایط نمی‌کند. بنابراین گاهی می‌توان اعمال را تا هنگامی که آسیب‌زننده نباشند مورد کنترل قرار داد. این مدل انسان را به صورت یک تعمیرکار در نظر می‌گیرد، نه تعویض کاری که در پی تغییر همه‌چیز باشد. بدین‌منظور و جهت ارتقای کارایی مراجع، تکنیک‌ها و تمرین‌هایی به او داده می‌شود که متعاقب آن، رفتارهای خودمراقبتی می‌تواند برانگیخته شود.

وقتی بیمار هیجان‌ها و تفکرات منفی مربوط به اینکه مبتلا به بیماری مزمنی است که همیشه با آن درگیر است را می‌پذیرد، در مقابل پس از این پذیرش تنها کاری که از او برمی‌آید کنترل بیماری‌اش است. بنابراین توجه او به سمت کنترل بیماری جهت سالم‌تر نگه داشتن هرچه بیشتر خود است و برای این کار رفتارهای خودمراقبتی بهترین گزینه است. به نظر می‌رسد تمرین تیشه به ریشه دلیل یابی زدن، عینیت بخشیدن و ذهن‌آگاهی تمرین‌هایی هستند که در طی اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جهت آگاهی‌بخشی ویژه‌ای که برای افراد داشته‌اند بر افزایش رفتارها و اعمال خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت اثربخش بوده‌اند و همچنین اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شفقت را از خود نشان داده‌اند. در واقع اثربخش‌تر بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به شفقت‌درمانی ناشی از بهبود آگاهی و متعاقب آن انجام اعمالی چون پذیرش و خاتمه دادن به اعمالی مانند مبارزه با افکار و هیجانات است که می‌تواند فرد را به عمل جهت اقدامات مراقبتی به جای ناامیدی و گله و شکایت وادارد.

طی درمان شفقت به خود، افراد تمایل بیشتری برای پذیرش نقش و مسئولیت خود در وقایع منفی کسب می‌کنند. افزایش شفقت به خود، سبب می‌شود هنگام تجربه ناخوشایندی، این مهم را مد نظر قرار دهند که انسان‌ها ممکن است خطا کنند و مرتکب اشتباه و تصمیمات اشتباه شوند (بعد اشتراک انسانی). در نتیجه بیماران کمتر خود را سرزنش می‌کنند و بیشتر به دلیل تکنیک‌هایی که منجر به آگاهی و شناخت از خود و افکار و احساسات می‌شود، مسئولیت و انجام کار را در پیش می‌گیرند و

۲ را به درمان افزایش داده است [۲۷]. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد؛ طی این درمان افراد بیش از گذشته نسبت به خود، افکار، هیجانات و شرایط زندگی‌شان آگاهی و شناخت به دست می‌آورند و تغییر عمده‌ای که حاصل از رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است، با پذیرش و تغییر ناشی از همین آگاهی‌ها کسب می‌شود. درواقع تکنیک ذهن‌آگاهی از کارهای روزمره، تکنیک پرکاربردی است که منجر به بهبودی فرد می‌شود و توان ایجاد و افزایش رفتارهای خودمراقبتی به صورت مثبت را دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استعاره‌های فراوانی را به مراجع یاد می‌دهد، یادگیری کنار آمدن با مشکلات مثل یادگیری موج‌سواری است. فرد باید به صورت ماهرانه تخته موج‌سواری را هدایت کند، حتی اگر امواج قابل کنترل نباشند. یادگیری پذیرش کاملاً برعکس رهایی خلاص شدن و اجتناب از هیجان‌هاست، در واقع مانند یادگیری دوست داشتن قاصدک‌هایی است که هر سال روی چمن‌ها نمایان می‌شوند. به نظر می‌رسد تکنیک ذهن‌آگاهی از کارهای روزمره، بیش از سایر تکنیک‌ها توانسته است در این پژوهش بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت اثربخش باشد و این رفتارها را افزایش دهد. همچنین اثربخش‌تر بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به شفقت‌درمانی، ناشی از بهبود آگاهی و در نتیجه آن انجام اعمالی چون پذیرش و خاتمه دادن به اعمالی مانند مبارزه با افکار و هیجانات است که می‌تواند فرد را به عمل جهت اقدامات مراقبتی به جای ناامیدی و گله و شکایت وادارد.

درمان شفقت محدودیت‌ها را شناخته و رفتارهای ناسالم را تمییز می‌دهد که این فرد را قادر به عمل در راستای تحول می‌کند و نتیجه آن ارتقای بهزیستی شخص است. بدین ترتیب این رویکرد توان ترغیب افراد برای اقدام در جهت خودمراقبتی را دارد. هنگامی که فرد به سوی خوددلسوزی، خوددوست‌داری، عدم سرزنشگری و موارد مشابه پیش می‌رود، توجه او نسبت به خود بیشتر می‌شود و با این حالت، انگیزه انجام رفتارها و کارهایی در او شکل می‌گیرد که می‌تواند به خودمراقبتی هرچه بیشتر و بدین واسطه اثربخشی بر بیماری عمل کند. به نظر می‌رسد تکنیک نوشتن نامه مشفقانه به خود، تصویرسازی مشفقانه، تهیه دفترچه و ثبت اشتباهات روزانه و تکنیک‌های مشابه در جلسات مداخله این پژوهش توانسته است بر رفتارهای خودمراقبتی افراد اثربخش باشد و منجر به ارتقای این رفتارها شود.

با توجه به مقایسه تفاوت میانگین‌های دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر میزان هم‌گلوبین گلیکوزیله (۲/۲۰۳-) نشان داده شده است افرادی که تحت تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفته‌اند نسبت به افرادی که تحت درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفته‌اند در میزان متغیر هم‌گلوبین گلیکوزیله در پیگیری، نتایج ماندگارتری دریافت کرده‌اند. این نتایج با مطالعاتی هم‌سو و موازی است [۲۴، ۲۲، ۱۷]. طبق پژوهش حر و همکاران (۱۳۹۷)، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی

را کاهش دهد. درواقع این درمان با پیامدهای مثبت در ارتباط است. این رویکرد بیماران را جهت رشد گرمی، پذیرش، مراقبت و نگرش به تجربیات درونی سخت و مشکل کمک می‌کند. طی این فرایند و با رشد موارد ذکرشده در شخص، سطح سلامت روان و در نتیجه هم‌گلوبین گلیکوزیله بهبود می‌یابد. خوددلسوزی، مهربانی با خود، عدم خودسرزنشگری و تمامی مواردی که در رویکرد شفقت آموزش داده می‌شوند، منجر به بهبود وضعیت روحی بیمار می‌شود که می‌تواند حالت بهتر جسمی را نیز به وجود بیاورد؛ برای مثال وقتی بیمار مبتلا به دیابت سعی می‌کند کمتر خود را مورد انتقاد قرار دهد یا کمتر در مسیر بی‌مسئولیتی گام بردارد، می‌تواند توجه بیشتری نسبت به خود داشته و بیشتر از گذشته اعمالی که بهتر شدن وضعیت روان‌شناختی او را سبب می‌شود انجام دهد؛ برای مثال حالت برانگیختگی ناشی از بی‌قراری و وضعیت روان‌شناختی نامناسب ممکن است میزان هم‌گلوبین گلیکوزیله بیمار دیابتی را به سمت افزایش سوق دهد.

تهیه دفترچه و ثبت اشتباهات روزانه که با هدف رسیدن به رفتار پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود صورت می‌گیرد، تمرین قدردانی از خود و ذکر ده مورد از ویژگی‌های مثبت خود با هدف رشد احساس خودارزشمندی، تمرین تصویرپردازی ذهنی با هدف پرورش افکار شفقت‌ورزانه به خود، تمرین نوشتن عبارات مهرانگیز به خود و سایر تکنیک‌های مشابه در این پژوهش اجرا شد که به طور کلی منجر به ارتقای حالت روانی شرکت‌کنندگان و در نهایت بهبود وضعیت جسمی بیماران دیابتی به واسطه متعال شدن میزان هم‌گلوبین گلیکوزیله شد.

به نظر می‌رسد در این پژوهش، تمرین تهیه دفترچه و ثبت اشتباهات روزانه، تمرین قدردانی از خود، تمرین تصویرپردازی مشفقانه به خود و تمرین نوشتن عبارات مهرانگیز به خود توانسته است روی سطح هم‌گلوبین گلیکوزیله بیماران مبتلا به دیابت اثربخش باشد و نشانه‌های ناشی از عدم تعادل آن را پایین آورد و مهم‌ترین تبیین برای این برتری تأکید بر تعیین ارزش‌ها و ارزشمندی و تعهد نسبت به آن‌ها توسط افراد در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود و امید است روی گروه‌های آسیب‌دیده جامعه در آینده مطالعات بیشتری صورت پذیرد.

با توجه به مقایسه تفاوت میانگین‌های دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت در میزان رفتار خودمراقبتی (۵/۴۲۲)، نشان داده شده است افرادی که تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفته‌اند نسبت به افرادی که تحت درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفته‌اند در میزان متغیر رفتار خودمراقبتی در پیگیری، نتایج ماندگارتری دارند. این نتایج با پژوهش‌هایی هم‌خوان و هم‌سو است [۲۷، ۲۲، ۲۱]. طبق پژوهش عبداللهی و همکاران (۲۰۲۰)، درمان مبتنی بر پذیرش بر بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ اثربخشی مثبت داشته است؛ بدین صورت که میزان رفتارهای خودمراقبتی و پایبندی بیماران مبتلا به دیابت نوع

به خود و دیگر تکنیک‌های مناسب در این پژوهش اجرا شد که بهبود حالت روانی شرکت‌کنندگان و در نهایت بهبود وضعیت جسمی بیماران دیابتی به واسطه متعادل شدن میزان هموگلوبین گلیکوزیله را در پی داشت.

به طور کلی در این پژوهش، تمرین تهیه دفترچه و ثبت اشتباهات روزانه، تمرین قدردانی از خود، تصویر پردازی مشفقانه به خود و نوشتن عبارات مهرانگیز به خود توانسته است بر میزان هموگلوبین گلیکوزیله بیماران مبتلا به دیابت اثربخش باشد و نشانه‌های ناشی از عدم تعادل آن را کاهش دهد. به طور کلی با توجه به نتایج پژوهش توسط پژوهشگر، رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری در مقایسه با درمان متمرکز بر شفقت بر رفتار خودمراقبتی و هموگلوبین گلیکوزیله بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ داشت.

عدم بررسی تعامل متغیرهای جنسیت، شغل، میزان تحصیلات و وضعیت اقتصادی اجتماعی آزمودنی‌ها با متغیرهای مورد آزمایش و عدم امکان کنترل تمامی متغیرهای مداخله‌گر با توجه به آزمایشی بودن پژوهش از جمله محدودیت‌ها بود. پیشنهاد می‌شود یک پژوهش مشابه، تعامل متغیرهای جنسیت، شغل، میزان تحصیلات و وضعیت اقتصادی اجتماعی آزمودنی‌ها با متغیرهای آزمایش را بررسی کند. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کلینیک‌ها و مراکز مشاوره جهت کار با افراد مبتلا به بیماری جسمی که هم‌زمان از سطح بهداشت روانی پایین رنج می‌برند استفاده شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

اصول اخلاقی تماماً در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همچنین همه شرکت‌کنندگان در جریان روند پژوهش بودند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد. همچنین تمامی اصول اخلاقی مورد تایید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن است (IR.IAU.TON.REC.1399.019).

حامی مالی

این پژوهش برگرفته از رساله‌ی دکتری تخصصی نویسنده اول، در گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن است.

مشارکت نویسندگان

انجام مداخلات درمانی و ارزیابی، تحقیق و بررسی، منابع نگارش، پیش‌نویس، نوشتن ادبیات پژوهشی، نگارش اجزای مقاله: آمنه خلعتبری؛ بصری‌سازی، نظارت و مدیریت پروژه، نوشتن بحث و نتیجه‌گیری: شهره قربان شیروودی؛ راهنمای آماری،

بر میزان هموگلوبین گلیکوزیله در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ اثربخشی مثبت دارد و میزان آن را متعادل می‌کند [۲۲].

در تبیین این یافته می‌توان گفت بیماران دیابتی که تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفته‌اند به واسطه افزایش آگاهی ناشی از این درمان، پذیرش و توجه بیش از پیش و مراقبت بیشتری نسبت به خود دارند. رعایت موارد مرتبط با کنترل بیماری اعم از متعهد بودن به رژیم غذایی، اندازه‌گیری منظم میزان قند خون و موارد دیگر، منجر به بهبود سوخت‌وساز بدن می‌شود که در این حالت افزایش نفوذپذیری غشای سلول عضلانی به گلوکز رخ می‌دهد. در طی این امر، عملکرد انسولین در متابولیسم گلوکز بهبود و ارتقا می‌یابد که این افزایش میزان برداشت گلوکز محیطی را به همراه دارد و در نتیجه سطح هموگلوبین گلیکوزیله پایین می‌آید [۱۷]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تلاش مراجع را در جهت پذیرش و کنار آمدن با موانع تعادل هموگلوبین گلیکوزیله شکل می‌دهد و در نتیجه آن اثر پایداری خودمراقبتی، بهبود سطح هموگلوبین گلیکوزیله را به همراه دارد. تکنیک‌های استعاری این درمان، تکالیف و همچنین مهارت‌های ذهن آگاهی مشکلات روان‌شناختی افراد را حل می‌کند و در نهایت در جسم و میزان هموگلوبین گلیکوزیله خون اثر می‌گذارد. مداخلات درمانی اثرگذاری که در این پژوهش آرامش شرکت‌کنندگان و در نتیجه بهبود میزان هموگلوبین گلیکوزیله را به همراه داشت، عموماً مداخلات مرتبط با ذهن آگاهی بود. به طور کلی به نظر می‌رسد تکنیک‌های ذهن آگاهی از فکر و هیجان، ذهن آگاهی از محیط اطراف، تکنیک‌های مراقبه، آموزش ذهن آگاهی از کارهای روزمره در این پژوهش توانسته است بر میزان هموگلوبین گلیکوزیله بیماران دیابت اثربخش باشد و نشانه‌های ناشی از اختلال در سطح آن را کاهش دهد. همچنین تکنیک‌های مرتبط با ذهن آگاهی منجر به اثربخشی بیشتر این درمان نسبت به شفقت درمانی شده است؛ زیرا آگاهی و شناخت بیشتر نسبت به خود، احساسات و افکار منجر به خودمراقبتی و رسیدگی بیمار به خود و انجام اعمالی می‌شود که سطح هموگلوبین گلیکوزیله را در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ تعدیل می‌کند.

خوددلسوزی، عدم سرزنش خود، مهربانی با خود و تمامی موارد مرتبط با رویکرد شفقت که می‌توانند حالت روحی بهتری برای فرد به ارمغان آورند، توان بهبود حالت جسمی را نیز دارند. برای مثال وقتی بیمار مبتلا به دیابت در جهت کمتر انتقاد کردن خود تلاش می‌کند، توجه بیشتر به خود داشته و بیش از گذشته اعمالی که بهتر شدن وضعیت روان‌شناختی را به همراه دارد انجام می‌دهد. ثبت اشتباهات روزانه که با هدف رسیدن به پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود انجام می‌شود، تمرین قدردانی از خود و ذکر ده مورد از ویژگی‌های مثبت خود با هدف رشد احساس خودارزشمندی، تمرین تصویرپردازی ذهنی که هدف پرورش افکار شفقت‌ورزانه به خود را دارد، تمرین نوشتن عبارات مهرانگیز

مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، اعتبارسنجی و تجزیه و تحلیل آماری: محمدرضا زربخش؛ ویراستاری و نهایی‌سازی نوشته، تجزیه و تحلیل آماری، تامین مالی نمونه: طاهر تیزدست.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از کلیه عزیزانی که در این مطالعه ما را یاری و راهنمایی نمودند، به ویژه بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به کلینیک دکتر برقی شهرستان رامسر که افراد نمونه پژوهش بودند و عوامل کلینیک مذکور تشکر و قدردانی می‌کنیم.

References

- [1] Miri A, NaderiyanFar F. [The effects of olive oil consumption on symptoms and metabolic factors of diabetes: A review of clinical trials (Persian)]. *Journal of Diabetes Nursing*. 2018; 6(3):584-95. <http://jdn.zbmu.ac.ir/article-1-301-en.html>
- [2] Smeltzer SC, Brunner LS, Suddarth DS. *Liver, glands, diabetets and bile channals* [A. Dabirian, M. Shaban, Persian trans.]. Tehran: Andishe Rafi; 2010. <http://opac.nlai.ir/opac-prod/bibliographic/2027663>
- [3] Baji Z, Zamani Alavijeh F, Noughjah S, Haghhighzadeh MH. [Self-care behaviors and related factors in women with type 2 diabetes (Persian)]. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2015; 16(6):393-401. <http://ijem.sbmu.ac.ir/article-1-1772-en.html>
- [4] Davari L, Eslami AA, Hassanzadeh A. [Underlying factors influencing self-care quality in type 2 diabetic patients in Khoram Abad city, Iran (Persian)]. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery*. 2014; 11(2):77-85. <http://nmj.goums.ac.ir/article-1-630-en.html>
- [5] Setoodeh N, Aghamolaei T, Bushehri E, Abedini S. [Explaining the concept of self-care from the viewpoints of patients with diabetes type II: A qualitative research (Persian)]. *Journal of Preventive Medicine*. 2016; 3(3):21-30. <http://jpm.hums.ac.ir/article-1-183-en.html>
- [6] Mazlom SR, Firooz M, Hasanazade F, Kimiaee SA, Raoufsaeb AA. [The effect of group counseling on physiological aspect of self-care and HbA1C level of patients with diabetes type II (Persian)]. *Evidence Based Care Journal*. 2015; 5(2):25-36. [DOI:10.22038/EBCJ.2015.4500]
- [7] Bigdeli MA, Hashemi Nazari SS, Khodakarim S, Brodati H, Mafi H, Gafari Z, et al. [Factors associated with self-care behavior in patients with type II diabetes (Persian)]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2015; 25(125):61-72. <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-5718-en.html>
- [8] Shahbodaghi Z, Borhani F. [The effect of empowerment program on hemoglobin A1C in type 2 diabetes patients (Persian)]. *Medical - Surgical Nursing Journal*. 2013; 1(2):e87580. <https://sites.kowsarpub.com/msnj/articles/87580.html>
- [9] Zarei F. [The effectiveness of compassion-focused therapy in treating depression and controlling blood sugar in patients with type 2 diabetes (Persian)] [MA. thesis]. Sanandaj: University of Kurdistan; 2014. <https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/a2445c9e96fdc4e45f9ae4823acf91e1>
- [10] Gilbert P. *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2009. <https://books.google.com/books?id=krNPL6xCVLOC&dq>
- [11] Irons C, Lad S. Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*. 2017; 3(1):006. <https://acp.scholasticahq.com/article/1743>
- [12] Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine*. 2015; 45(5):927-45. [DOI:https://doi.org/10.1017/S0033291714002141]
- [13] Esmali Kooraneh A, Alizadeh M, Ghanizadeh Balderlou K. [The effectiveness of group psychotherapy based on acceptance and commitment on quality of life in women with breast cancer (Persian)]. *Studies in Medical Sciences*. 2016; 27(5):365-74. <http://umj.umsu.ac.ir/article-1-3549-en.html>
- [14] Izadi R, Neshatdust HT, Asgari K, Abedi MR. [Comparison of the efficacy of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavior therapy on symptoms of treatment of patients with obsessive- compulsive disorder (Persian)]. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2014; 12(1):19-33. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-358-en.html>
- [15] Smout MF, Longo M, Harrison S, Minniti R, Wickes W, White JM. Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: A preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy. *Substance Abuse*. 2010; 31(2):98-107. [DOI:10.1080/08897071003641578] [PMID]
- [16] Fathi Ahmadsaraei N, Neshat Doost HT, Manshaee GR, Nadi MA. [The effectiveness of acceptance and commitment therapy on quality of life among patients with type 2 diabetes (Persian)]. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2016; 4(1):31-9. [DOI:10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.31]
- [17] Shayeghian Z, Amiri P, Aguilar-Vafaei ME, Besharat MA. [Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on improvement of glycated hemoglobin and self-care activities in patients with type II diabetes (Persian)]. *Contemporary Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association*. 2016; 10(2):41-50. http://bjcp.ir/browse.php?a_id=897
- [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. [DOI:10.2337/diacare.23.7.943] [PMID]
- [19] Nouhi E, Khandan M, Mirzadeh A. [Effective of electronic education on knowledge attitude and self-care in patient's diabetic type 2 refer to diabetic center of Kerman University of Medical Science (Persian)]. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2011; 6(22):73-80. <http://ijnr.ir/article-1-884-en.html>
- [20] Rahimian Boger E, Mohajeri Tehrani MR, Besharat MA, Talepasand S. [Psychological, social and structural determinants of diabetes self-management (Persian)]. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2012; 13(5):467-78. <http://ijem.sbmu.ac.ir/article-1-1115-en.html>
- [21] Coaston SC. Self-care through self-compassion: A balm for burnout. *The Professional Counselor*. 2017; 7(3):285-97. <https://tpcjournals.nbcc.org/self-care-through-self-compassion-a-balm-for-burnout/>
- [22] Hor M, Aghaei A, Abedi A, Golparvar M. [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 (Persian)]. *Islamic Life Style*. 2018; 2(2):65-70. <http://islamiclifej.com/article-1-181-en.html>
- [23] Ebadi Fard Azar F, Hedari H, Solhi M. [Relationship between self-care behavior and health locus of control in patients with type II diabetes (Persian)]. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2016; 23(146):84-92. <http://rjms.iuums.ac.ir/article-1-3805-en.html>

- [24] Peveler RC, Davies BA, Mayou RA, Fairburn CG, Mann JI. Self-care behaviour and blood glucose control in young adults with type 1 diabetes mellitus. *Diabetic Medicine*. 1993; 10(1):74-80. [DOI:10.1111/j.1464-5491.1993.tb02000.x] [PMID]
- [25] Ahangari M, Kamali M, Arjmand Hesabi M. [The study of quality of life in the elderly with hypertension who are member of Tehran senile culture house clubs (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2008; 3(1):26-32. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-80-en.html>
- [26] Witkiewitz K, Marlatt GA, Walker D. Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2005; 19(3):211-28. [DOI:10.1891/jcop.2005.19.3.211]
- [27] Abdollahi S, Hatami M, Moradi Manesh F, Askari P. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on the self-care and adherence to treatment in patients with type 2 diabetes. *International Archives of Health Sciences*. 2020; 7(2):78-83. <http://www.iahs.kaums.ac.ir/article.asp?issn=2383-2568;year=2020;volume=7;issue=2;spage=78;epage=83;aulast=Abdollahi>

This Page Intentionally Left Blank