

## تأثیر درمان گروهی پذیرش و تعهد بر خودمدیریتی دیابت نوع ۲

تاریخ دریافت: ۹۲/۳/۲۵

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۱/۱۶

شاهرخ مکوند حسینی\*، علی محمد رضایی\*\*، محمدمهدی آزادی\*\*\*

### چکیده

**مقدمه:** هدف از پژوهش حاضر بررسی تاثیر درمان پذیرش و تعهد بر خودمدیریتی دیابت نوع ۲ می‌باشد. **روش:** این پژوهش با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. تعداد ۲۴ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به کلینیک تخصصی دیابت بیمارستان فوق تخصصی دکتر غرضی که حائز ملاک‌های پژوهش بودند، انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. برای گروه آزمایش، درمان پذیرش و تعهد در ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای اجرا شد؛ اما گروه کنترل هیچ نوع درمانی دریافت نکرد. هر دو گروه، پیش و پس از درمان، پرسشنامه بازبینی شده خودمدیریتی دیابت را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر ارتقای خودمدیریتی دیابت نوع ۲ مؤثر است و ۶۶ درصد از واریانس خودمدیریتی دیابت، توسط درمان گروهی پذیرش و تعهد قابل تبیین است.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های به دست آمده پیشنهاد می‌شود به منظور بهبود خودمدیریتی دیابت نوع ۲ و نهایتاً کاهش عوارض و مرگ و میر ناشی از آن، از درمان گروهی پذیرش و تعهد استفاده شود.

**واژه‌های کلیدی:** درمان پذیرش و تعهد، دیابت نوع ۲، خودمدیریتی.

Shmakvand@yahoo.com

\* نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

Rezaei\_am@yahoo.com

\*\* استادیار، گروه روانشناسی تربیتی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

Mahdiazadi20@yahoo.com

\*\*\* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

## مقدمه

تنیدگی مبتنی بر مراقبت ذهنی بر سلامتی و تندرستی بیماران مبتلا به دیابت است [۶].

استعداد ابتلا به دیابت نوع ۲ قابل توجه بوده؛ اما به درستی شناخته نشده است و ماهیت ناهمگن بیماری و تأثیر عوامل اکتسابی روی آن، بررسی آن را پیچیده می‌کنند. ۵ عنصر اصلی در علت فیزیولوژیک این بیماری نقش دارند: ۱- مقاومت به انسولین ۲- اختلال عملکرد سلول بتا ۳- اختلال تنظیم تولید گلوکز کبدی ۴- اختلال جذب گلوکز از روده و ۵- چاقی [۱]. به طور کلی هزینه‌های مستقیم دیابت ۲/۵ تا ۱۵ درصد کل بودجه بهداشتی را شامل می‌شود. همچنین باعث مرگ ۴ میلیون نفر در هر سال و شامل ۹ درصد از کل مرگ‌های جهان می‌شود [۷]. این بیماری از شایع‌ترین و همچنین بدخیم‌ترین بیماری‌های مربوط به فیزیولوژی غدد داخلی<sup>۱</sup> است که شیوعی رو به افزایش دارد [۸].

یکی از عوامل پیشگیری و به تأخیر انداختن عوارض مزمن و حاد دیابت، شناسایی به موقع آن و آموزش مراقبت صحیح از خود جهت کنترل بیماری و جلوگیری از پیشرفت آن است [۹].

درمان دیابت به‌طور کلی شامل رفتارهای خودمدیریتی بیمار است که شامل تزریق انسولین به‌طور روزانه، مصرف دارو، زیر نظر داشتن میزان قند خون، اصلاح فعالیت‌های جسمانی و عادات‌های رژیم غذایی می‌باشد [۱۰].

مراقبت و درمان و کنترل عوارض دیابت نیازمند مشارکت فعال بیمار و خانواده وی در برنامه‌های درمانی خود مدیریتی می‌باشد [۱۱].

ارائه اطلاعات به روز شده در مورد این بیماری و همدلی و حمایت از پزشکان می‌تواند پابندی به درمان را بهبود بخشد [۱۲] اگر ما می‌خواهیم به پابندی بهتری به درمان برسیم باید عواملی را که بیمار را قادر به تبعیت می‌کند و عواملی را که باعث عدم تبعیت می‌شود، تشخیص داده و درک کنیم و رفتار پزشک و بیمار را که منجر به فرآیند مشارکت بیمار برای همکاری می‌شود، مشخص کرده و مداخلات رفتاری خاص را افزایش دهیم. در درمان این بیماری از واژه مراقبت جامع استفاده می‌شود که بیان می‌کند درمان این بیماری چیزی بیش از کنترل قند خون است و

دیابت‌شیرین متشکل از گروه‌ناهمگنی از بیماری‌های مربوط به سوخت و ساز است که مشخصه آنها ازدیاد قندخون و اختلال سوخت و ساز کربوهیدرات، لیپید و پروتئین ناشی از نقص ترشح و یا عملکرد انسولین می‌باشد [۱].

دیابت یکی از مهمترین اختلالات شایع در سوخت و ساز است که سلامت عمومی فرد را تهدید می‌کند و بر طبق آمار از هر ۵ ایرانی، یک نفر یا به دیابت مبتلاست یا در خطر ابتلا قرار دارد [۲].

درمان دیابت نوع ۲ شامل ترکیب پیچیده‌ای از تعاملات بین عوامل رفتاری - شناختی و زیست شناختی است که نیازمند تلاش‌های چند جانبه عملی جهت مدیریت بیماری و کاهش بار اقتصادی و بهداشتی است [۳]. عوارض مزمن دیابت شیرین، بسیاری از اعضای بدن را تحت تأثیر قرار داده و مسئول قسمت اعظم عوارض و مرگ و میر، ناشی از این بیماری می‌باشد. عوارض مزمن بیماری را می‌توان به دو دسته عروقی و غیر عروقی تقسیم کرد که عوارض عروقی آن خود به دو دسته میکرو و اسکولار (رتینوپاتی و نوروپاتی) و ماکرو و اسکولار (بیماری شرایین کرونر، بیماری عروق محیطی و بیماری عروق مغزی) تقسیم می‌شود و عوارض غیرعروقی آن مشکلاتی نظیر گاستروپارزی، عفونت‌ها و تغییرات پوستی می‌باشد. مرگ و میر ناشی از بیماری کرونر قلب، در دیابت نوع ۲، دو تا چهار برابر افزایش نشان می‌دهد. همچنین دیابت شیرین، علت اصلی نابینایی در سنین ۲۰ تا ۷۴ سالگی در ایالت متحده آمریکاست و احتمال بروز نابینایی در افراد مبتلا به دیابت ۲۵ برابر افراد غیر مبتلاست [۴].

تحقیقاتی نیز پیرامون میزان سطح سلامت روان در بیماران دیابتی انجام شده است؛ از جمله، پژوهش صادقی موحد، مولوی و شرقی [۵] که نشان داد ۵۴ درصد از افراد مبتلا به دیابت، مشکوک به اختلال روانی هستند. دیابت یکی از عوامل تنیدگی‌زای عمده و واقعی در زندگی است که انطباق و مقابله روان‌شناختی، هیجانی و جسمانی قابل ملاحظه‌ای را می‌طلبد. درمان‌های جسمی و ذهنی بیمار، درمانگر را در ارزیابی و مدیریت تنیدگی و انطباق با بیماری مزمن کمک می‌کند. پژوهش‌ها حاکی از تأثیر کاهش

فرآیند خودمدیریتی می‌تواند افراد دیابتی را به انجام فعالیت‌هایی تشویق نماید که سلامتی را ارتقا می‌دهد. علائم و نشانه‌های بیماری را کنترل و درمان می‌کند و بر تأثیر بیماری بر عملکرد، احساسات و ارتباطات بین فردی و تبعیت از رژیم درمانی اثر می‌گذارد [۱۹]. بنابراین هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان گروهی پذیرش و تعهد بر خودمدیریتی دیابت نوع ۲ می‌باشد.

### روش

**طرح پژوهش:** این مطالعه در چار چوب کار آزمایشی و با بهره‌گیری از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد.

**آزمودنی‌ها:** در این مطالعه تعداد ۲۴ نفر از بیماران دیابتی که مبتلا به دیابت نوع ۲ بودند پس از بررسی ملاکهای ورود (داشتن سواد حداقل خواندن و نوشتن، ابتلا به دیابت نوع ۲ (بیش از یکسال)، دامنه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال و تمایل به شرکت در پژوهش) و ملاکهای خروج (داشتن دیابت نوع ۱، دریافت هر گونه درمان روانشناختی طی یکسال گذشته و داشتن بیماری جسمانی مزمن یا حاد دیگر با تشخیص پزشک متخصص) انتخاب شدند. در مرحله بعد، این ۲۴ نفر به صورت تصادفی به دو گروه ۱۲ نفری تقسیم و در نهایت مجدداً به صورت تصادفی به یک گروه درمان پذیرش و تعهد ارائه شد (گروه آزمایشی) و گروه دوم تحت هیچ درمانی قرار نگرفت (گروه کنترل).

### ابزار

ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه خودمدیریتی بازبینی شده دیابت<sup>۲</sup> می‌باشد. این پرسشنامه یک پرسشنامه کوتاه خودگزارشی برای خودمدیریتی دیابت است که توسط توبرت و همکاران ابتدا در سال ۱۹۹۴ ارائه شد که این پرسشنامه اولیه، ۵ حوزه، شامل رژیم غذایی عمومی، تغذیه خاص، ورزش، توصیه پزشکی و آزمایش قند خون می‌شد را بررسی می‌کرد و در سال ۲۰۰۰ توسط سازندگان آن مورد بازبینی قرار گرفت. پرسشنامه بازبینی شده ۷ حوزه عملکرد و فعالیت فرد دیابتی، که شامل رژیم غذایی عمومی، تغذیه خاص، ورزش، آزمایش قند خون، توصیه‌های پزشکی، مراقبت از پاها و سیگار کشیدن می‌باشد را اغلب

باید به جنبه‌های شخصیتی، روانی و اجتماعی شخص توجه کرد [۱۳]. اگرچه تحقیقات زیادی در زمینه آموزش و تأثیر آن بر دیابت انجام شده است؛ اما در مجموع، عدم درمان دیابت، مشکلات زیادی را برای بیماران مبتلا به دیابت به وجود می‌آورد که هر روز خودشان با رنج ناشی از آن و ارگانهای بهداشتی با پرداخت هزینه‌های سرسام آور آن روبرو هستند که شاید این مشکلات به علت عدم شناخت کافی آموزش دهندگان و یا بیماران باشد. علت اصلی مربوط به بیماران، خستگی ناشی از بیماری و عدم رعایت رژیم درمانی مناسب است؛ هر چند مسأله اقتصادی نیز باعث بروز مشکلاتی می‌گردد. در هر حال احساس می‌شود تحقیقات بیشتری باید در ارتباط با این بیماران انجام گیرد تا از مشکلات آنها کاسته شود، که کاستن از مشکلات بیماران، هم خود آنها را راضی کرده و هم هزینه‌های تحمیل شده به دولت را کم خواهد کرد [۱۴].

درمان پذیرش و تعهد در سال ۱۹۸۶ توسط استیون هیز<sup>۱</sup> ایجاد شد. به طور خلاصه درمان پذیرش و تعهد سعی می‌کند تا به افراد یاد دهد که به جای تلاش در جهت توقف افکار، سعی کنند که افکار و احساساتشان را تجربه کنند [۱۵]. این رویکرد قسمتی از موج سوم درمان‌های رفتاری است و به دنبال موج دوم این درمان‌ها از قبیل درمان شناختی - رفتاری پدید آمد [۱۶]. درمان‌های نسل سوم رفتار درمانی دارای ۵ ویژگی می‌باشند که عبارتند از: ۱- دید وسیع نسبت به بهداشت روان ۲- دید وسیع در پذیرش پیامدهای درمان ۳- پذیرش ۴- ذهن آگاهی و ۵- زندگی کردن با ارزش‌ها [۱۷].

درمان پذیرش و تعهد از درمان‌های نسل سوم شناختی - رفتاری است که این درمان‌ها، توجه و تلاشهای خود را در مداخلات، برهدف قراردادن نیازهای بیماران مبتلا به بیماری مزمن، متمرکز کرده‌اند. مداخلات در درمان پذیرش و تعهد برای دیابت با هدف مدیریت پریشانی‌های مرتبط با دیابت که چالشهای هیجانی ایجاد می‌کنند و همچنین برای بهبودی مهارت‌های خودمدیریتی انجام می‌شود. آموزش پذیرش و مهارت‌های ذهن آگاهی، احتمالاً تغییرات واقع بینانه‌ای در رابطه با دیابت ایجاد می‌کند [۱۸].

2 - the summary of diabetes self-care activities measure

1- Steven Hayse

جلسه اول و دوم: معارفه و آشنایی افراد گروه با یکدیگر؛ آشنایی افراد گروه با این درمان و معرفی محورهای اصلی آن؛ روشن سازی ارزشهای بیماران؛ ارائه اطلاعات راجع به دیابت و انواع آن؛ ارائه اطلاعات راجع به سطح قند خون متعادل و علائم بالینی بالا و پایین بودن قند خون؛ مراقبت از پاها و چشم‌ها.

جلسه سوم و چهارم: اهمیت غذا در مدیریت دیابت و تغذیه خوب؛ اهداف مدیریت دیابت در راستای کاهش عوارض و کاهش وزن بدن؛ نگه‌داشتن سطح قندخون در حدود طبیعی؛ بررسی و تمرکز بر ارزش‌ها و توجه به قدرت انتخاب آنها؛ استفاده از تکنیکهای ذهن آگاهی مربوط به درمان پذیرش و تعهد.

جلسه پنجم و ششم: توجه به ورزش و اهمیت ورزش در مدیریت دیابت؛ نکاتی که قبل از انجام ورزش باید به آنها توجه کرد؛ استفاده از تکنیکهایی برای پذیرش افکار و احساسات ناخواسته؛ تعیین یک برنامه و طرح ورزش روزانه؛ اجرای تکنیکهای ذهن آگاهی در رابطه با دیابت.

جلسه هفتم و هشتم: چگونگی مدیریت استرس و مقابله؛ چگونگی رفتار با افکار و احساسات در رابطه با دیابت؛ استفاده از استعاره‌ها و تکنیکهای درمانی مربوط به این درمان.

جلسه نهم و دهم: اهمیت دانستن اینکه چه افکار و احساساتی در رابطه با دیابت وجود دارد؛ یکپارچگی پذیرش؛ تعهد دادن برای تغییر رفتار؛ همچنین در تمام جلسات تکالیف خانگی در راستای ارزشها و کنترل قندخون مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفت.

### یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان داد که از بین ۱۲ نفر گروه آزمایش، ۷ نفر زن و ۵ نفر مرد و از بین ۱۲ نفر گروه کنترل ۸ نفر زن و ۴ نفر مرد می‌باشند. به لحاظ سنی نیز میانگین و انحراف معیار سن برای گروه آزمایش به ترتیب ۵۳/۶۶ و ۵/۴۸ و برای گروه کنترل ۵۳/۰۰ و ۵/۱۳ سال می‌باشد که حاکی از هم‌تا بودن دو گروه بر اساس جنسیت و همچنین میانگین سنی در گروه‌های آزمایش و کنترل می‌باشد.

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی دو گروه در مقیاس خود مدیریت دیابت ارائه شده است.

در طی ۷ روز گذشته بررسی می‌کند. پرسشنامه بازبینی شده شامل ۱۱ ماده می‌باشد [۲۰]. بررسی انجام شده جهت تعیین اعتبار و پایایی این ابزار، با استفاده از روش شاخص اعتبار محتوایی و روش همسانی درونی، میانگین نمره شاخص اعتبار محتوایی برای این ابزار ۸۴/۹ درصد و آلفای کرونباخ آن به میزان ۰/۷۸، محاسبه شده است [۲۱]. پرسشنامه مربوطه ابتدا به فارسی ترجمه گردید و سپس توسط متخصص زبان انگلیسی دوباره به زبان اصلی بازگردانده شد تا صحت ترجمه مورد بررسی قرار گیرد و سپس به منظور بررسی همسانی درونی این پرسشنامه جهت انجام پژوهش، همسانی درونی توسط ضریب آلفای کرونباخ با تعداد نمونه ۵۰ نفری محاسبه گردید، که میزان ۰/۷۵ به دست آمد.

**روند اجرای پژوهش:** در این پژوهش آزمودنی‌ها در یکی از ۲ گروه قرار گرفتند. گروه اول، گروه آزمایشی و گروه دوم گروه کنترل بود. در ابتدا هر دو گروه پرسشنامه خودمدیریتی دیابت را به عنوان پیش‌آزمون تکمیل کردند. سپس برای گروه آزمایش، ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای درمان پذیرش و تعهد به صورت دو جلسه در هفته انجام پذیرفت؛ در ضمن در طول دوره اجرای درمان روی گروه آزمایش، گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی را بجز درمان پزشکی توسط پزشک و پرستار مربوط به دیابت، دریافت نکردند. ۳ ماه پس از اجرای درمان، پرسشنامه ارزیابی خودمدیریتی دیابت مجدداً برای هر دو گروه انجام پذیرفت.

طرح درمان پذیرش و تعهد برای خودمدیریتی بیماران دیابت نوع ۲ که توسط استیون هیز (۲۰۰۴) ارائه گردیده است، دارای ۵ محور اصلی بوده که روی جنبه‌های پزشکی و روانشناختی بیماری دیابت متمرکز می‌شود. محورهای اصلی این درمان عبارتند از: ۱- آموزش و اطلاعات در مورد دیابت<sup>۱</sup>، ۲- غذا، دیابت و سلامتی<sup>۲</sup>، ۳- ورزش و دیابت<sup>۳</sup>، ۴- مدیریت و مقابله با استرس<sup>۴</sup>، ۵- پذیرش و عمل<sup>۵</sup>. ساختار و محتوای جلسات درمان گروهی پذیرش و تعهد به شرح ذیل بود:

- 1-education and information
- 2-food, diabetes, and your health
- 3-exercise and diabetes
- 4-coping and stress management
- 5-acceptance and action

رسیده است که نشان می‌دهد خود مدیریتی دیابت در گروه کنترل تنها ۱/۸۳ نمره افزایش یافته است.

به منظور تحلیل داده‌ها و پاسخگویی به فرضیه پژوهش از آزمون کوواریانس تک متغیری استفاده شد. مفروضه خطی بودن رابطه بین متغیر کمکی و متغیر وابسته از طریق ضریب همبستگی پیرسون و نمودار پراکندگی بررسی شد. نتایج نشان داد که همبستگی خطی معنی داری بین متغیر کمکی و متغیر وابسته وجود دارد.

به منظور بررسی همگنی ضرایب رگرسیون (همگنی شیب) از آزمون F تعاملی بین متغیر کمکی و متغیر مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد که تعامل معنی دار نبوده ( $p > /0.5$ ) و لذا مفروضه همگنی شیب‌ها برقرار است. مفروضه یکسانی واریانس‌ها نیز از طریق آزمون لون بررسی شد.

نتایج نشان داد مفروضه یکسانی واریانس‌ها برقرار است از آزمون  $F^{1,22}=2/03; p=0/168$ . پس از حصول اطمینان از برقراری مفروضه‌ها، آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری اجراء شد (جدول ۲). نتایج نشان می‌دهد که بین گروه‌ها تفاوت معنی داری وجود دارد ( $F=40/018; p \leq /0.005$ ).

جدول ۱) شاخص‌های توصیفی گروه آزمایش و کنترل در مقیاس خود مدیریتی دیابت به تفکیک پیش آزمون و

#### پس آزمون

| گروه   | آزمون     | میانگین | انحراف استاندارد |
|--------|-----------|---------|------------------|
| آزمایش | پیش آزمون | ۱۰/۵۸   | ۱۰/۴۷۶           |
|        | پس آزمون  | ۲۷/۹۱   | ۶/۷۰۷            |
| کنترل  | پیش آزمون | ۱۱/۶۷   | ۴/۴۱۷            |
|        | پس آزمون  | ۱۳/۵    | ۵/۷۶۰            |

براساس داده‌های جدول ۱ می‌توان مشاهده نمود که در گروه آزمایش میانگین نمرات پیش آزمون برای خود مدیریتی دیابت ۱۰/۵۸ با انحراف استاندارد ۳/۴۷۶ می‌باشد که میانگین این نمرات در پس آزمون به صورت چشمگیر افزایش یافته و به ۲۴/۹۱ با انحراف استاندارد ۶/۷۰۷ رسیده است و این بدان معنی است که افزایشی برابر با ۱۷/۳۳ نمره در خود مدیریتی دیابت حاصل شده است. در صورتی که در گروه کنترل میانگین این نمرات در پیش آزمون برابر با ۱۱/۶۷ با انحراف استاندارد ۴/۴۱۷ بوده که میانگین نمرات در پس آزمون به ۱۳/۵ با انحراف استاندارد ۵/۷۶۰

#### جدول ۲) نتایج آزمون کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت گروه‌ها در خود مدیریتی دیابت

| منبع تغییرات | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F      | سطح معنی داری | مجذور اتا |
|--------------|---------------|------------|-----------------|--------|---------------|-----------|
| گروه         | ۱۳۴/۱۷        | ۱          | ۱۳۴۷/۱۸         | ۴۰/۰۱۸ | ۰/۰۰۰         | ۰/۶۵۶     |
| خطا          | ۷۰۶/۹۵۰       | ۲۱         | ۳۳/۶۶۴          | -      | -             | -         |
| کل           | ۱۲۳۹۹         | ۲۴         | -               | -      | -             | -         |

و تلاش خود را در مداخلات، بر هدف قراردادن نیازهای بیماران مبتلا به بیماری مزمن متمرکز کرده‌اند [۱۸]. در دو مطالعه‌ای که از تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر روی بیماری مزمن صرع گزارش شده، در مطالعه اول، بیماران صرعی مقاوم به دارو، درمان پذیرش و تعهد را دریافت نموده‌اند در حالی که گروه کنترل درمان حمایتی را دریافت می‌کردند. بطور شگفت‌انگیزی، ۵۷ درصد افرادی که درمان پذیرش و تعهد را دریافت کرده بودند در پی‌گیری ۱ ماهه هیچ حمله صرعی نداشتند در صورتی که در گروهی که درمان حمایتی استفاده می‌کردند، همه افراد دچار حمله صرع شدند. در پی‌گیری ۱۲ ماهه ۸۶ درصد افراد تحت درمان پذیرش و تعهد هیچگونه حمله‌ای را تجربه نکردند

بنابراین با کنترل پیش آزمون، نتایج پس آزمون برای متغیر خود مدیریتی دیابت در بین گروه‌های مورد مطالعه تفاوت معنی داری دارد و با فراتر از ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت درمان گروهی پذیرش و تعهد منجر به افزایش خود مدیریتی دیابت گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است و ۶۶ درصد از واریانس متغیر خود مدیریتی دیابت را می‌توان به درمان گروهی پذیرش و تعهد نسبت داد.

#### بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان گروهی پذیرش و تعهد بر خود مدیریتی دیابت نوع ۲ مؤثر است. این درمان از درمان‌های نسل سوم روانشناختی است. این نوع درمانها توجه

افسردگی [۲۸]، روان‌پریشی [۲۹]، سوء مصرف و وابستگی مواد [۳۰]، اضطراب اجتماعی [۳۱] فرسودگی [۳۲] و درد مزمن [۲۷] مشاهده شده است. اثر بخشی این درمان بر روی افسردگی بیماران دیابتی نیز مشاهده شده است [۳۳]. ولی بررسی تأثیر این درمان بر خود مدیریت و کنترل دیابت که به کاهش عوارض این بیماری می‌انجامد، فقط یکبار در سال ۲۰۰۷ میلادی در کشور آمریکا توسط استیون هیز و همکاران انجام پذیرفت که نتایج حاصله، اثربخشی آن را نشان داد. در این مطالعه میانگین خودمدیریتی بیماران در گروه آزمایش با استفاده از تنها یک جلسه کارگاهی از این درمان، از ۷/۴۹ به ۱۳/۵۸ افزایش یافته در صورتی که در گروه کنترل از ۱۰/۲۸ به ۱۲/۴۱ رسیده است [۳۴].

با توجه به اینکه دیابت نوع ۲، یک بیماری مزمن است که بیش از ۹۵ درصد مراقبت، توسط بیمار انجام می‌شود، بنابراین متخصصان سلامت، کنترل بسیار کمی در فاصله بین دو جلسه ملاقات، نسبت به خود بیماران روی بیماری دارند. و شاید یکی از دلایلی که به وسیله این درمان می‌توان خود مدیریت دیابت نوع ۲ را افزایش داد این باشد که در این درمان، افراد یاد می‌گیرند که احساساتشان را بپذیرند تا اینکه از آنها فاصله بگیرند و به افکار و فرآیند تفکرشان به وسیله ذهن آگاهی بیشتر پرداخته و آنها را در جهت فعالیتهای هدف محور پیوند دهند. به طور خلاصه، درمان پذیرش و تعهد تلاش می‌کند تا به افراد یاد دهد که افکار و احساساتشان را تجربه کنند، به جای اینکه تلاش کنند که آنها را متوقف سازند. از افراد درخواست می‌شود که در جهت اهداف و ارزش‌هایشان کار کنند و افکار و احساسات خود را تجربه کنند [۱۸].

با استفاده از این درمان می‌توان به خوبی خود مدیریت بیمار را ارتقا بخشید که نهایتاً نتایجی از جمله کاهش هزینه‌های اقتصادی، کاهش ناتوانی‌ها، کاهش مرگ و میر و افزایش طول عمر مفید را در بر خواهد داشت. نتایج این پژوهش به خوبی مؤید آثار بسیار مفید درمان پذیرش و تعهد بر خودمدیریتی دیابت نوع ۲ بود و لذا پیشنهاد می‌شود به منظور بهبود خود مدیریت دیابت نوع ۲، و نهایتاً کاهش عوارض و مرگ و میر ناشی از آن، از درمان گروهی پذیرش و تعهد استفاده شود.

در صورتی که در گروه کنترل، فقط ۸ درصد حمله ای را تجربه نکرده بودند [۲۲] در مطالعه دوم، گروهی از بیماران صرعی، درمان پذیرش و تعهد را دریافت می‌کردند و گروه دیگر از یوگا استفاده می‌کردند. در پی‌گیری پس از یکسال، درمان پذیرش و تعهد، کاهش بیشتری در حملات صرع ایجاد کرد [۲۳]. که تایید کننده تأثیر این درمان بر بیماری‌های مزمن می‌باشد.

نتایج تحقیقات این درمان روی وسواس، حاکی از کاهش چشم‌گیر در فراوانی اعمال وسواسی، شدت علائم وسواسی، میزان اعتقاد به افکار وسواسی، پریشان زایی و لزوم پاسخ دهی به آنها و نیز کاهش نمرات افسردگی و اضطراب در سنجش پس از درمان پذیرش و تعهد در ۵ مورد بود که این کاهش تا یک‌ماه پس از درمان نیز تداوم داشت، فرآیند درمان و نتایج به دست آمده در این پژوهش، حاکی از آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند درمان مناسبی برای افکار، احساسات و رفتارهای دشوار در وسواس باشد [۲۴].

در پژوهش دیگری که با استفاده از دو درمان رفتاری-شناختی سنتی و درمان پذیرش و تعهد بر روی بیماران سرطانی مرحله پایانی انجام پذیرفت. بیماران سرطانی طی ۱۲ جلسه درمان پذیرش و تعهد، به طور معناداری کاهش بیشتری را در افسردگی، ناراحتی و نگرانی، نسبت به بیماران درمان شناختی-رفتاری سنتی نشان دادند [۲۵].

با نگاهی به پژوهش‌های انجام شده در دو دهه گذشته متوجه می‌شویم که درمان‌های جدید اختلال اضطراب فراگیر، خصوصاً در ده سال اخیر، به نتایج تازه و امیدوار کننده‌ای منجر شده است که به نظر می‌رسد در میان این درمانها "درمان پذیرش و تعهد" بیش از همه با ویژگیهای اختلال اضطرابی فراگیر هماهنگ است و راهنماهای این درمان برای اختلالات اضطرابی، هر دو جنبه اساسی این اختلال یعنی "اجتناب شناختی" و "تخریب عملکرد" را مد نظر قرار می‌دهد [۲۶].

از طرفی استفاده چهار ساعته از این درمان، به طور فاحشی منجر به کاهش تجربه درد در این بیماران در مقایسه با سایر درمان‌های پزشکی معمول می‌شود [۲۷].

همچنین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر انواع مشکلات بهداشت روان و برخی بیماری‌های مزمن، از جمله

diabetes. *J Diabetes Complications*. 2007; Mar-Apr; 21(2):75-83.

11-Snoek FJ, Skinner TC. Psychology in Diabetes Care. In: Clark M, Asimakopoulou. K G. Diabetes in Older Adults. 2nd ed. England John Wiley & sons Ltd, England: Wiley; 2005. P. 60-85.

12-Ghavami H, Ahmadi F, Meamarian R, Entezami H. Effects of applying continuous care model on fasting blood Glucose & hgba1c levels in diabetic patients. *Journal of Semnan University of med sci*. 2004; 6(3):179-186 [Persian].

13-Vinter-Repalust N, Petriček G, Katić M. Obstacles which patients with type 2 diabetes meet while adhering to the therapeutic regimen in every day life; qualitative study. *CMJ* 2004; 45(5):630-6.

14- Golin CE, dimatteo MR, Gelberg L. The role of patient participation in the doctor visit. Implications for adherence to diabetes care. *Diabetes Care*. 1996; (19):1153-64.

15- Afshar M, Eizadi F. The study of instruction on Diabetes patients blood's glucose levels. *J Feiz Kashan Univ Med Sci*. 2009; 8(4): 58-62.

16- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change New York: Guilford Press. Change. New York: Guilford; 1999.

17-Hayes SC, Luoma J, Bond F, masudaa, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*. 2006; (44):1-25.

18-Prevedini AB, Presti G, Rabitti E, Miselli G, Moderato P. Acceptance and Commitment Therapy (ACT): the foundation of the therapeutic model and an overview of its contribution to the treatment of patients with chronic physical diseases. *Psicologia*. 2011; (33):53-63.

19-Lin CC, Anderson RM, Chang CS, Hagerty BM, Loveland-Cherry CJ. Development and testing of the diabetes self - management instrument: A confirmatory analysis *Res Nurse Health*. 2008; 31(4):370-80.

20- Toobert DJ, Glasgow RE, Hampson S. The summary of diabetes self-care activities measure: Results from seven studies and a revised scale. *Diabetes Care*. 2002; (23):943-950.

21- Hamdzadeh S, Abed Saedi J, Nasiri N. Coping styles and self-management behaviors in Diabetes patients. *I J Nurs*, 2013; 25(80):24-33.

22-Lundgren AT, Dahl J, Melin L, Kees B. Evaluation of acceptance and commitment therapy for drug refractory epilepsy: A randomized controlled trial in South Afric. *Epilepsya*. 2006; 7(12):2173-2179.

23-Lundgren AT, Dahl J. Development and evaluation of an integrative health model in treatment of epilepsy: A randomized controlled trial investigating the effects of a short-term ACT intervention compared to attention control in South

اگرچه بیش از ۹۰ تا ۹۵ درصد بیماران دیابتی، دارای دیابت نوع ۲ هستند، ولی اثر بخشی این درمان را روی بیماران دیابتی نوع ۱ نیز می توان بررسی نمود. همچنین در اجرای این درمان می توان متغیرهای مدت ابتلا به بیماری دیابت و جنسیت را مورد پژوهش قرار داد. عدم بررسی بیماران در مرحله پیگیری، با توجه به در دسترس نبودن بیماران از محدودیت های پژوهش بود که می توان این مورد را در پژوهش های دیگر مورد بررسی قرار داد. با توجه به اثربخش بودن این درمان بر بیماری های مزمن مانند دیابت پیشنهاد می شود از روانشناسان سلامت و همچنین روانشناسان بالینی مسلط به این درمان، برای همکاری تیمی برای درمان این بیماری ها در سیستم بهداشت و درمان کشور استفاده گردد.

### منابع

- 1-Anderewli T, Greeks R, Kolchak H, Mine E. Cecil Essentials of Internal Medicine. Naghizadeh E. Tehran: Andisheh Rafei; 2012.
- 2- Jamshidi L. educational needs of diabetic patients whom referred to the diabetes center. *procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2012; (31): 450-453.
- 3-Cobden DS, Niessen LW, Barr CE, Rutten FF, Redekop WK. relationships among self-management, patient perceptions of care, and health economic outcomes for decision-making and clinical practice in Type 2 Diabetes. 2010; 13(1):138-47.
- 4- Casper D. Principles of Harrison's Internal Medicine. Larijani B, Hoseinzadeh M, Hadizadeh M, Roniasizadeh F. Tehran: Teymoorizadeh; 2005.
- 5- Sadeghi Movahed F, Molavi P, Sharghi A, Narimani M, Mohammadnia H, Deilami P, Rajabi S. The study of coping style and mental health relationships in Diabetes patients. *The J Fundam Ment Health*. 2011; 12(2):470-480.
- 6-Nichols GA, & Brown JB. Functional status before and after diagnosis of Type 2 diabetes *Diabetic Medicine*. 2004; 21(7):793-797.
- 7-Wild S, Roglik G, Green A, Sicree R, King H. Global Prevalence of Diabetes. *Diabetes Car*. 2004; 27(5):1047-53.
- 8-Delavari A, Mahdavi Hazave A, Norouzi Nejad A, Yarahmadi SH. National Plan of prevention and control of diabetes. Tehran: Seda Publication; 2004. [Persian].
- 9-Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hause SL, Longo DL, Jameson JL, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine. 17th ed. New York: mcgraw-Hill; 2008. P. 2165-6.
- 10-Mody R, Kalsekar I, Kavookjian J, Iyer S, Rajagopalan R, Pawar V Economic impact of cardiovascular co-morbidity in patients with type 2

- Africa. Chicago: Association for Behavior Analysis; 2005.
- 24- Eizadi R, Askari K, Neshatdoost H, Abedi M. Case study of ACT effectiveness on prevalence and severity of OCD symptoms. *Zahedan J Res Med Sci*, 2013; 1(22):20-26.
- 25- Branstetter AD, Wilson KG, Hildebrandt M, Mutch D. Improving psychological adjustment among cancer patients: ACT and CBT. Paper presented at the Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans; 2004.
- 26- Mojdehi M, Etemadi A, Falsafinejad M. Study of therapeutic interventions and effectiveness of ACT in reduction of general anxiety disordered patients symptoms. *Q J Cult Couns Psychother*. 2012; 2(7):12-23.
- 27- Dahl J, Wilson KG, Nilsson, A. Acceptance and Commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: a preliminary randomized Trial. *Behav Therapy*. 2004; (35):785-801.
- 28- Kanter JW, Baruch DE, Gaynor ST. Acceptance and Commitment therapy and behavioral activation for the treatment of depression: description and comparison. *The Behavior Analyst*. 2006; (29):161-185.
- 29- Bach P, Hayes SC. The use of acceptance and commitment therapy to prevent their hospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002; 70(5):1129-1139.
- 30- Gifford EV, Kohlenberg BS, Hayes SC, Antonuccio DO, Piasecki MM, Rasmussen-hall ml. Acceptance-Based Treatment for Smoking Cessation. *Behavior Therapy*. 2004; (35): 689-705.
- 31- Pourfaraj Omrani M. Effectiveness of ACT group therapy on social anxiety of students. *Q J Knowl Health*. 2012; 6(2):33-43.
- 32- Bond FW, Bunce D. The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *J of Applied Psychology*. 2003; (88):1057-1067.
- 33- Horr M, Aghaei A, Abedi A. Effects of ACT on depression symptoms of type 2 Diabetes patients. fourth international congress of psychosomatic disorders. khorasgan azad University (Esfahan), 2013; 18-21 Oct, p234-236.
- 34- Gregg JA, Callaghan GM, Hayes SC, Glenn-lawsonjl. Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *J of Consulting and Clinical Psychology*. 2007; 75(2):336-343.



## Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on the Self-Management of Type 2 Diabetes Patients

Makvand-Hosseini, Sh. \*Ph.D., Rezaee, A.M. Ph.D., Azadi, M.M. M.A.

### Abstract

**Introduction:** The present study aims to studying the therapeutic effects of the acceptance and commitment therapy on self-management of Diabetes type2 patients.

**Method:** The study was conducted by a pre-test post-test design with control group. Group of 24 patients with diabetes type 2, referring to a diabetes clinic in Gharazi Hospital were randomly selected and assigned into experimental and control groups. First group was exposed to 10 sessions of two hours acceptance and commitment psychotherapy, while no intervention made on control group's subjects. Subjects for both groups filled the revised version of Diabetes Self-Management Questionnaire. The data were analyzed using an analysis of covariance (ANCOVA).

**Results:** The results revealed that the acceptance and commitment therapy is effective in promoting self-managements of diabetes type 2 patients. About 66% of self-management behaviors of diabetes patients could be explained by group acceptance and commitment therapy.

**Conclusion:** According to the findings of this research, the acceptance and commitment group therapy is recommended for improving self-management of type 2diabetes and reducing the mortality and morbidity rate caused by this disease.

**Keywords:** Acceptance and Commitment Therapy, Type 2 Diabetes, Self-Management

---

\*Correspondence E-mail:  
Shmakvand@yahoo.com