

# Comparison of the Effectiveness of Hope-Based Therapy and Treatment based on Acceptance and Commitment on Self-Care and Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes

## ARTICLE INFO

### Article Type

Research Article

### Authors

Simin Soleimani<sup>1</sup>

Lida Lilabadi<sup>2\*</sup>

Marjan Jafari Roshan<sup>3</sup>

### How to cite this article

Simin Soleimani, Lida Lilabadi, Marjan Jafari Roshan, Comparison of the Effectiveness of Hope-Based Therapy and Treatment based on Acceptance and Commitment on Self-Care and Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes, *Journal of Islamic Life Style Centeredon Health*, 2022:6(1): 173-182.

1. Ph.D Student, Department of Health Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University (IAU), Tehran, Iran

2. Assistant Professor, Department of Health Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University (IAU), Tehran, Iran (Corresponding Author).

3. Assistant Professor, Department of General Psychology and Exceptional Children, Central Tehran Branch, Islamic Azad University (IAU), Tehran, Iran.

### \* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: lida.leilabadi@gmail.com

### Article History

Received: 2022/03/25

Accepted: 2022/05/17

## ABSTRACT

**Purpose:** Objective: The aim of this study was to compare the effectiveness of hope-based therapy and treatment based on acceptance and commitment on self-care and quality of life in patients with type 2 diabetes.

**Materials and Methods:** The present research method is quasi-experimental and for data collection, post-test pre-test design with two experimental groups and a control and follow-up group has been used. The statistical population of the study consisted of all patients with type 2 diabetes who were members of the Tehran Diabetes Association in 1400. Among them, 45 people were selected by available sampling method and randomly divided into two experimental groups (15 people in each group) and one group. Controls (15 people) were assigned. The experimental group underwent hopeful treatment and the acceptance and commitment therapy group underwent 8 60-minute sessions, and the control group remained on the waiting list. The instruments used in the present study included the Diabetic Self-Care Behavior Questionnaire (Tobert and Glasgow, 2000) and the quality of life of diabetic patients (Bruges et al., 2004), which were used in two stages: pre-test and post-test. The analysis of the information obtained from the questionnaire was performed through SPSS 22 software in two descriptive and inferential sections (mixed analysis of variance). The results showed that both interventions used in this study could significantly improve self-care behaviors in patients with type 2 diabetes ( $p < 0.05$ ).

**Findings:** The results also showed that both treatments improved the quality of life in patients with type 2 diabetes, with the difference that the intervention based on acceptance and commitment therapy had a greater impact on quality of life behaviors in patients with type 2 diabetes. In addition, no significant difference was observed in the post-test and follow-up stages ( $p < 0.05$ ), which indicates the stability of the intervention changes.

**Conclusion:** Based on the results of this study, acceptance, commitment and hope therapy had effective interventions in increasing self-care behaviors and quality of life in patients with diabetes.

**Keywords:** Depression, Death Anxiety, Hope-based therapy, Acceptance and commitment therapy, Diabetes.

## مقایسه اثربخشی درمان امیدمحور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودمراقبتی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

سیمین سلیمانی<sup>۱</sup>

دانشجوی دکتری گروه روان شناسی سلامت، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

لیدا لیل آبادی<sup>۲\*</sup>

استادیار، گروه روان شناسی سلامت، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

مرجان جعفری روشن<sup>۳</sup>

استادیار، گروه روان شناسی عمومی و کودکان استثنایی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان امیدمحور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودمراقبتی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد.

**مواد و روش ها:** روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی است و برای جمع‌آوری داده‌ها از طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل و پیگیری استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو عضو انجمن دیابت شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند که از بین آن‌ها، ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش درمان امیدمحور و گروه درمان پذیرش و تعهد ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار ماندند. ابزار مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی دیابتی (توبرت و گلاسکو، ۲۰۰۰) و کیفیت زندگی بیماران دیابتی (بروگز و همکاران، ۲۰۰۴) بودند که در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد استفاده قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل اطلاعات به‌دست‌آمده از اجرای پرسشنامه از طریق نرم‌افزار spss 22 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل واریانس آمیخته) انجام گرفت. یافته‌ها نشان داد که هر دو مداخله به کار رفته در این پژوهش می‌توانند به‌طور معناداری رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را بهبود بخشند ( $p < .05$ ).

**یافته ها:** همچنین نتایج نشان داد که هر دو درمان باعث بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تاثیر داشت با این تفاوت که مداخله مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد دارای تاثیر بیشتری بر رفتارهای کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو داشت. به علاوه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی

دار مشاهده نشد ( $p < .05$ ) که بیانگر پایداری تغییرات مداخله است.

**نتیجه گیری:** بر اساس نتایج این پژوهش، درمان پذیرش و تعهد و امیددرمانی، مداخلات موثری در افزایش رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت داشتند.

**واژگان کلیدی:** افسردگی، اضطراب مرگ، درمان امید محور، درمان پذیرش و تعهد، دیابت.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۲/۲۷

\* نویسنده مسئول: lida.leilabadi@gmail.com

### مقدمه

دیابت یکی از چالش‌های بهداشتی دهه‌های اخیر است که بار اقتصادی فراوانی را به جامعه تحمیل می‌نماید و تغییر در سبک زندگی افراد و مدرن شدن جامعه، بیشترین تأثیر را در افزایش بروز دیابت داشته است (۱). یکی از شایع‌ترین بیماری‌های متابولیک می‌باشد به طوری که بیشتر از ۲۲۰ میلیون نفر در سراسر جهان در سال ۲۰۱۰ مبتلا به آن می‌باشند، شیوع دیابت در جهان حدود ۶/۴ درصد می‌باشد که بین ۳/۸ تا ۱۰/۲ درصد بسته به منطقه جغرافیایی متغیر است. تعداد افراد مبتلا به دیابت تشخیص داده شده هم در بعضی از مناطق جغرافیایی بیش از ۵۰ درصد می‌باشد. انتظار می‌رود تا سال ۲۰۳۰ تعداد افراد مبتلا به دیابت به ۳۶۶ میلیون نفر برسد (۲). بیش از ۹۰ درصد انواع دیابت را نوع دو شامل می‌شود. هدف نهایی در درمان بیماری دیابت، کنترل قندخون در سطح طبیعی بدون افت قندخون می‌باشد (۳). در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بیش از ۹۵ درصد فرایند درمان توسط بیمار انجام می‌شود و تیم درمانی در فواصل بین ملاقات‌ها کنترل کمی بر بیمار دارد، این امر ایجاب می‌کند که به ارتقای فعالیت‌های خودمراقبتی که شامل ابعاد مختلف همچون فیزیولوژیک، اجتماعی، عاطفی و معنوی می‌باشد، توجه بیشتری شود (۴). بنابراین می‌توان گفت که بیماری دیابت با پدیده‌های روانی ارتباط تنگاتنگی دارد و در این بین، رابطه دوسویه آن با استرس و اضطراب بسیار مهم به نظر می‌رسد (۵). اضطراب می‌تواند یکی از عوامل ایجادکننده و هم یکی از پیامدهای دیابت باشد (۶). مانگارایاسکی<sup>۱</sup> و سلوکومار<sup>۲</sup> استرس مرتبط با بیماری<sup>۳</sup> را فرایندی تعریف می‌کنند که رویدادهای ناشی از بیماری، رفاه و آسایش ارگانسیم را تهدید کرده و متقابلاً ارگانسیم هم نسبت به این تهدیدها پاسخ نشان می‌دهد (۷). در طول دهه‌های گذشته جنبه‌های روان‌شناختی دیابت نظر بسیاری از متخصصان را به خود جلب کرده است، چرا که دیابت به عنوان یکی از پرزحمت‌ترین بیماری‌های مزمن از لحاظ هیجانی و رفتاری به‌شمار می‌آید (۸). به این ترتیب، اضطراب بار اقتصادی، هیجانی و اجتماعی بسیاری برای مبتلایان، خانواده‌های آنها و جامعه دارد (۹) و بروز این بیماری در یکی از اعضای خانواده، کل سیستم

<sup>3</sup> - distress related disease

<sup>1</sup> - Mangayarkarasi

<sup>2</sup> - Sellakumar

ضعف‌های انسان، بر مبنای رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا، و قابلیت‌های فردی متمرکز است (۱۸). در پژوهش‌ها امید عنصر معناداری در زندگی معرفی شده و به افراد برای سازگاری با بیماری، کاهش درد و رنج، افزایش کیفیت زندگی و سلامت روانی و اجتماعی کمک می‌کند. امید عنصری ضروری در زندگی بیماران مزمن با اثرات بالا در تطابق و سازگاری با بیماری بوده و نقش عمده‌ای در کیفیت زندگی ایفا می‌کند. امید می‌تواند مراحل مختلف بیماری را تحت تأثیر خود قرار داده و به‌عنوان یک نیروی درونی تعریف شده که می‌تواند زندگی را غنی ساخته و بیماران را به یک چشم‌انداز دورتر امیدوار سازد (۱۹). نتایج پژوهش کریمی، دلاور، قائمی و درتاج نشان داد پس از امیددرمانی، خودمراقبتی در گروه مداخله افزایش قابل توجهی یافته است.

از طرفی رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شناخت، بر پایه نظریه‌ی رفتاری در مورد زبان و شناخت که نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی آنامیده می‌شود مبتنی است. برحسب نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی، انسان صرفاً بر اساس تعاملاتی که قبلاً با محرک‌ها داشته به آن‌ها پاسخ نمی‌دهد، چیزی که مورد تأکید رفتارگرایی است بلکه پاسخ او به محرک‌ها، به روابط متقابل این محرک‌ها با رویدادهای دیگر نیز بستگی دارد. درمان‌های دیابت که در گذشته به‌صورت دارویی بود در گذر از درمان‌های موج سوم روان‌شناختی اصلاح و تلفیق با رویکرد شناختی رفتاری با اصول اساسی مسولیت‌ها و درک واقعیت استوار شده، که با تأکید بیشتر بر جنبه‌های شناختی به وجود آمده‌اند، بر نقش باورها، طرح‌واره‌ها و نظام پردازش اطلاعات در ایجاد اختلالات روانی تأکید دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از رویکردهای درمان موج سوم رفتار درمانی است که از فرایندهای پذیرش، ذهن‌آگاهی، فرایندهای تعهد، تغییر رفتار و ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند. یک مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل تکنیک‌های مختلفی در حوزه‌های پذیرش، گسلش، ایجاد حس متعالی از خود در زمان حال بودن و ذهن‌آگاهی، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه مربوط به آن ارزش‌ها می‌باشد و در حالی که فنون رفتاری بر اعمالی تمرکز دارند که از نظر زمینه‌ای با شناخت در تعامل هستند (۲۰). هدف اصلی درمان پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است. در رویکرد پذیرش و تعهد برخلاف درمان شناختی رفتاری، محتوای افکار، احساسات و حس‌های بدنی بررسی نمی‌شوند، بلکه شیوه‌هایی که افراد بدان وسیله به تجارب خویش می‌پردازند، مورد بررسی قرار می‌گیرد. درواقع رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، افراد را به اصلاح افکار و احساسات خود مجبور نمی‌کند بلکه هدف درمان کمک به آن‌هاست تا خود پاسخ به افکار و احساسات خویش را تغییر دهند.

در همین راستا نتایج پژوهش میرغفاری، رحمانی، قراخانی و رهنمازاده نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود خودمدریتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شده است. حر و منشی در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود سلامت روان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شده است. بیگلری و دهقان در پژوهش

خانواده را تحت فشار قرار می‌دهد و مستلزم سازش یافتگی بیمار و سایر اعضا خانواده با شرایط جدید است (۱۰).

از این رو بیماری دیابت مستلزم رفتارهای خودمراقبتی ویژه در سراسر زندگی است (۱۱). مدیریت خود یک استراتژی فردی است که فرد از طریق آن رفتارهای خود را مدیریت و کنترل می‌کند که از بروز رفتارهای منفی در خود جلوگیری کند. خودمدیریتی وسیله اصلی در کنترل در بیماری دیابت نوع می‌باشد که شامل فعالیت بدنی، تغذیه سالم، پابندی به دستورات پزشکی، کنترل قندخون بوده و موجب حل مسئله مرتبط با سلامت فردی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌شود (۱۲). لذا خودمدیریتی در بیماران مبتلا به دیابت به عنوان یک راهبرد می‌تواند به افراد کمک کند تا سطح قندخون بیماران را کنترل کرده و از عوارض شدید بیماری جلوگیری کند (۱۳). افزون بر اینکه خودمدیریتی یک راهبرد مهم در حفظ و کنترل قندخون بیماران مبتلا به دیابت به شمار می‌رود، داشتن سبک زندگی سالم همراه با تحرک بدنی کافی است (۱۴). در واقع خودمراقبتی توانایی و حس لزوم تنظیم و کنترل برنامه غذایی و رفتارها و فعالیت‌های روزمره از نظر فرد دیابتیک است که برای نگاه داشتن قندخون در محدوده طبیعی صورت می‌گیرد (۱۵۸).

طبق دیدگاه روان‌شناسی سلامت، بیماری‌های مزمن از جمله دیابت می‌تواند دهه‌ها به طول بیانجامد (۱۶) و زمان طولانی که جهت بیماری سپری می‌گردد، ممکن است تهدیدی برای پیشگیری از علائم محسوب شود، در نتیجه به بدتر شدن بیماری و در نتیجه کاهش کیفیت زندگی منجر گردد؛ با ذکر اینکه شرایط محیطی و ویژگی‌های فردی هر دو از لحاظ سبک زندگی و عوامل روان‌شناختی می‌توانند کیفیت زندگی افراد را تعدیل کنند. بنابراین بین بیماری و کیفیت زندگی ارتباط متقابل دوسویه وجود دارد. همینطور بالا بودن کیفیت زندگی نشانه ادراک فرد به توانایی عملکرد خوب در سطح جسمی، روانی و اجتماعی است (۱۷). و با توجه به درک فرد از موقعیت زندگی شخصی، فرهنگی و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کند، ابعاد مختلف زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ و با توجه به عوارض زیاد این بیماری، درمان آن درازمدت و موفقیت آن کم می‌باشد؛ روان‌درمانی از جمله درمان امید محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بیماران دیابت نوع دو می‌تواند سبب بهبود تحمل شرایط درمان، کیفیت زندگی بهتر، پیروی از درمان و تغییر سبک زندگی شود. از این رو بهبود کیفیت زندگی یکی از هدف‌های مهم درمان و شاخص درمانی در کنترل بیماری دیابت محسوب می‌شود.

درمان امیدمحور<sup>۱</sup> یکی از جدیدترین رویکردهای درمانی است که می‌تواند در ارتقای سطح خودمراقبتی و کیفیت زندگی در بیماران صعب‌العلاج و مزمن نقش مهمی داشته باشد. در مطالعه‌ای وناند<sup>۲</sup> به اهمیت امید در بهزیستی بیماران مبتلا به دیابت تأکید کرده؛ بیشتر پژوهش‌ها نیز بر ارتباط بین امید و ساختار روان‌شناختی متمرکز بوده و تعداد اندکی نیز امید را به صورت مستقیم به نتایج جسمی ارتباط داده‌اند. همچنین درمان امیدمحور به جای تمرکز صرف بر

<sup>3</sup>- Relational Frame Theory (RFT)

<sup>1</sup> - Hope Therapy

<sup>2</sup>- Wienand

گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماند. روند اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از هماهنگی با انجمن دیابت ایران، و با توجه به معیارهای ورود و خروج از مطالعه نمونه‌ها انتخاب گردید. معیارهای ورود به پژوهش شامل تشخیص دیابت نوع دو بر اساس نظر پزشک متخصص غدد، دامنه سنی ۳۰ تا ۶۰ سال بود که حداقل یک سال از بیماری آنان و آغاز درمان گذشته باشد تا بیماری بر زندگی بیمار اثر گذاشته باشد، عدم ابتلا به عوارض دیابتی شدید که مانع از انجام پژوهش گردد، عدم وجود عقب ماندگی ذهنی و هر گونه اختلال روان شناختی شدید طبق پرونده بیمار، عدم دریافت داروهای روان پزشکی حداقل ۶ ماه قبل از آغاز پژوهش، عدم دریافت درمان‌های روان شناختی (غیردارویی) حداقل یک سال قبل از آغاز پژوهش، میزان هموگلوبین ای وان سی بالاتر از ۸ و معیارهای خروج شامل بستری شدن در بیمارستان در طول انجام پژوهش و غیبت بیش از سه جلسه در درمان بود. قبل از ورود بیمار به پژوهش در مورد چگونگی طرح و اهداف مداخله توضیح داده شد و از افراد که تمایل به حضور در پژوهش را داشتند رضایت‌نامه اخذ گردید. قبل از شروع درمان از افراد شرکت کننده با پرسش‌نامه‌های خودمراقبتی و کیفیت زندگی پیش آزمون گرفته شد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسش‌نامه رفتارهای خودمراقبتی دیابت و مقیاس کیفیت زندگی بیماران دیابتی بود. ابزارها:

الف) مقیاس چکیده فعالیت‌های خودمراقبتی بیماران دیابتی: این مقیاس یک ابزار خودگزارش‌دهی برای اندازه‌گیری سطوح خودمدیریتی در ارتباط با عناصر تشکیل‌دهنده رژیم دیابتی است که توسط توبرت<sup>۲</sup>، هامپسون و گلاسگو در ۱۵ گویه برای سنجش خودمراقبتی بیماران در ۷ روز گذشته هم‌زمان با تمرکز بر جنبه‌های مختلف رژیم درمانی دیابت شامل رژیم غذایی (۵ سؤال)، ورزش (۲ سؤال)، آزمایش قند (۲ سؤال)، مصرف دارو (۱ سؤال)، مراقبت از پا (۴ سؤال) و سیگار کشیدن (۱ سؤال) ارائه شد است. آزمودنی‌ها فراوانی فعالیت‌های خود را ظرف هفت روز گذشته روی یک پیوستار از ۰ تا ۷ گزارش می‌دهند. به شیوه‌ای که اگر فردی رفتار مورد نظر را در هفت روز گذشته انجام داده باشد، نمره کامل یعنی ۷ و اگر در هیچ روز هفته فعالیت انجام ندهد باشد، نمره ۰ تعلق می‌گیرد. دامنه نمرات برای کل این مقیاس بین ۰ تا ۹۹ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده این است که بیمار طی هفت روز گذشته خودمراقبتی مطلوبی داشته. این مقیاس از پایایی و روایی مناسبی برخوردار بوده و نسبت به تغییر رفتار حساس است؛ توبرت، هامپسون و گلاسگو همسانی درونی این ابزار را با استفاده از همبستگی بین گویه‌ها مناسب و از ۰/۴۷ تا ۰/۸۰ به دست آورده‌اند. برای تعیین اعتبار علمی این ابزار از روش روایی محتوایی استفاده شده و به این منظور از ده نفر از اساتید صاحب‌نظر در این زمینه نظرخواهی شده. همینطور برای تعیین اعتماد علمی ابزار، مقیاس خودمراقبتی در اختیار ۳۰ نفر از بیماران دیابتی که واجد شرایط

خود نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد بر سلامت روان شناختی و رضایت از زندگی بیماران دیابت نوع دو موثر است. راسن و لیلنفلد در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی بر خودمراقبتی اثر دارد. لیندهوم اولیندر و همکاران در پژوهشی با عنوان یک لیست کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده از اثرات پذیرش و تعهد درمانی در بیماران مبتلا به دیابت نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی بر علائم روانشناختی مانند اضطراب و افسردگی و همچنین علائم رفتاری مانند خودمراقبتی و خودکنترلی اثر معنی‌دار دارد. آمسبرگ و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی بر خودمراقبتی در بیماران دیابتی اثر معنی‌دار دارد. با توجه به این که دیابت یکی از شایع‌ترین و پرهزینه‌ترین بیماری‌های مزمن است که محدودیت‌های زیادی در فعالیت‌های بیمار ایجاد می‌کند و به علت پایین بودن سطوح سلامت هیجانی و کاهش خودمراقبتی که به نتایج نامطلوب دیگری همچون افت کیفیت زندگی، کنترل متابولیک نامطلوب و افزایش نرخ مرگ و میر سوق می‌دهد؛ در این راستا مداخلات درمانی زیادی با هدف‌های مختلف صورت گرفته است. برخی از این مداخله‌ها بر اطلاعات ضعیف بیماران از بیماری دیابت متمرکز شده، برخی، درمان اختلال‌های روانی همراه با دیابت را مورد هدف قرار داده، برخی دیگر بر روش‌های مدیریت وزن تمرکز نموده و بالاخره برخی از مطالعات نیز مساله میزان پذیرش روش‌های درمانی بیماران دیابتی و تقویت ارتباطات و افزایش حمایت اجتماعی را مرکز ثقل درمان معرفی کرده‌اند. بنابراین علیرغم کارهای زیاد صورت گرفته در زمینه درمان بیماران دیابتی، و بعضاً نتایج ضد و نقیض به دست آمده، هنوز ابهامات و سردرگمی زیادی در این زمینه به چشم می‌خورد ابهاماتی که منجر به افزایش آسیب‌ها، طولانی شدن و پرهزینه شدن درمان مبتلایان می‌گردد. به طور کلی با توجه به تاثیرات عوامل شناختی و روانی در بیماری دیابت می‌توان بیان نمود که استفاده از مداخلات روان‌شناختی، رفتاری و هیجانی می‌تواند در کارآمدی درمان دیابت موثر باشد و بنابراین سوال اصلی پژوهش این می‌باشد که آیا بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان امیدمحور، بر رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به دیابت نوع دو تفاوت معنی‌دار وجود دارد؟

#### مواد و روش‌ها

با استفاده از طرح نیمه آزمایشی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران مبتلا به دیابت دو بودند که عضو انجمن دیابت ایران (واقع در شهر تهران، خیابان پاتریس لومومبا) در سال ۱۴۰۰ بودند. بر اساس نظر دلاور (۱۳۸۷) حجم نمونه لازم برای انجام پژوهش‌های مداخله‌ای حداقل ۱۵ نفر می‌باشد. لذا در این پژوهش ۴۵ بیمار با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایشی درمان پذیرش و تعهد و گروه درمان امیدمحور در ۸ جلسه تحت پروتکل درمانی مربوطه قرار

<sup>2</sup> - Toobert, Hampson, Glasgow

<sup>1</sup> - Summery of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA)

د) مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: درمان پذیرش و تعهد در این پژوهش، بر اساس مدل هایز و همکاران است. و یک روش درمانی مبتنی بر تمرکز حواس با متمرکز شدن بر لحظه حال (روی هدف در اینجا و اکنون) و پذیرش (فضا دادن به احساسات) و آموختن مهارت‌هایی برای پاسخ به تجارب غیر قابل کنترل و در نتیجه متعهد شدن به ارزش‌های شخصی است؛ همینطور درمانی برای کمتر کردن نگرانی‌ها همراه با از بین بردن افکار ناخواسته، هیجان‌ها و احساسات مرتبط با گذشته و توانایی تغییر رفتار است. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسش‌نامه‌ها از طریق نرم افزار SPSS ۲۲ در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل واریانس آمیخته) انجام پذیرفت.

#### یافته ها

به منظور بررسی تاثیر روش درمان های امیدمحور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نمرات مؤلفه‌های رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، از روش تحلیل واریانس مختلط استفاده شد. مراحل سه گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به عنوان عامل درون آزمودنی و گروه بندی آزمودنی‌ها در دو گروه به عنوان یک عامل بین آزمودنی در نظر گرفته شدند. به منظور بررسی تفاوت معنی‌دار بین میانگین‌های مؤلفه‌های رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی در دو گروه در مراحل سه گانه درمانی بررسی شد. نتایج در جدول زیر ارائه شده است.

پژوهش بودند، قرار گرفته و پایایی کل مقیاس به روش همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ مورد تأیید قرار گرفته است. (ب) مقیاس کیفیت زندگی بیماران دیابتی<sup>۱</sup>: مقیاس خلاصه شده کیفیت زندگی بیماران دیابتی در اصل شامل ۶۰ سوال هست که اولین بار توسط توماس بروگز و همکاران اعتبار و پایایی آن محاسبه شد و به ۱۵ سوال کاهش یافت؛ این مقیاس توسط نصیحت‌کن و همکاران به فارسی ترجمه شده و جهت تعیین روایی محتوایی و روایی ثبات درونی بین ۵۰ بیمار مبتلا به دیابت توزیع گردید و برای تعیین پایایی ثبات درونی از ضریب آلفای کرونباخ و جهت تعیین ثبات نتایج آزمون از روش پیش‌آزمون-پس‌آزمون استفاده شده؛ به منظور بررسی روایی ثبات درونی، بین هر سوال با نمره کل، از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده گردیده و جهت بررسی فرض نرمال بودن متغیرهای کمی نیز از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف تک متغیره استفاده شده؛ همچنین سطح معنی‌داری ۰/۰۵ جهت تفسیر آزمون‌ها تعیین شده. یافته‌ها در این بررسی همبستگی بین نتایج پیش‌آزمون-پس‌آزمون برابر  $r=0.72$  و  $p=0.001$  همبستگی درون خوشه‌ای برابر ۰/۷۷ و ضریب آلفای کرونباخ برای کل سوال‌ها ۰/۷۷ را نشان داده و نتیجه‌گیری شد این پرسش‌نامه ترجمه فارسی آن از پایایی و روایی لازم برخوردار است.

ج) مداخله درمان امیدمحور: درمان امیدمحور از نظریه امید اسنایدر و اندیشه‌های برگرفته شده از درمان شناختی رفتاری، درمان راه‌حل‌مدار و درمان داستانی یا روایتی مشتق شده. و اساس آن رسیدن به هدف‌ها، فرمول‌بندی آن‌ها و یافتن گذرگاه‌های متعددی برای دنبال کردن و غلبه بر موانع احتمالی است.

جدول ۱. نتایج آزمون اثرات چند متغیری

آزمون	اثر	ارزش	F	درجه آزادی خطا	درجه آزادی اثر	سطح معناداری	مجذور ایتا
آزمون پیلایی	زمان	۰.۷۳	۴۸.۴۷۹	۲.۰۰۰	۴۱.۰۰۰	۰.۰۱	۰.۷۳
آزمون پیلایی	زمان*گروه	۰.۳۶۱	۴.۶۲۱	۴.۰۰۰	۸۴.۰۰۰	۰.۰۲	۰.۱۸۰

پذیرفته نگردید، بنابراین برای آزمون اثرات درون گروهی زمان (پیش، پس و پیگیری) از آزمون گرین‌هاوس گیسر به عنوان شاخص آماری چند متغیری استفاده گردید. در ادامه و در جدول ۴ نتایج تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی متغیر خود مراقبتی در اثرهای درون گروهی قابل مشاهده است.

یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهد که متغیر خود مراقبتی هم در بین زمان (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری)،  $F(2,41)=48.479$ ،  $p<0.001$  و هم در تعامل زمان و گروه،  $F(4,84)=4.621$ ،  $p<0.001$  تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر اثر زمان و تعامل زمان و گروه در متغیر وابسته معنادار است و شرط لازم برای انجام تحلیل واریانس آمیخته وجود دارد. از آنجایی که کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس از طریق آزمون کرویت موخلی

<sup>1</sup> -Diabetes quality of life (DQOL-brief)

جدول ۲. نتایج آزمون اثرهای درون گروهی

منبع	آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
زمان	گرین هاوس-گیسر	۳۳۲۴.۷۲۶	۱.۰۵۹	۳۱۴۰.۱۲۱	۶۰.۲۰۳	۱.۰۰	.۵۸۹
زمان* گروه	گرین هاوس-گیسر	۷۶۸.۴۷۴	۲.۱۱۸	۳۶۲.۹۰۲	۶.۹۵۸	.۰۰۲	.۲۴۹
خطا	گرین هاوس-گیسر	۲۳۱۹.۴۶۷	۸۴	۲۷.۶۱۳			

جزئی ابنا آن نشان می‌دهد که تقریباً ۲۵ درصد از تغییرات بوسیله تعامل بین سطوح زمان با گروه قابل تبیین می‌باشد. در ادامه چون اثر اصلی درون گروهی معنادار بود، بنابراین در این مرحله به بررسی میانگین‌های زوجی با آزمون بونفرونی پرداخته شد. نتایج آن در جدول ۳ قابل مشاهده است.

همچنان که نتایج جدول فوق نشان می‌دهد، اندازه اثر اصلی زمان  $F(2,42)=60.203, p<.001$  معنادار می‌باشد. به عبارت دیگر همانطور که در مورد مقدار جزئی ابنا نیز نشان می‌دهد تقریباً ۵۹ درصد تغییرات در نمره متغیر خود مراقبتی بوسیله عامل درون گروهی تبیین می‌شود. همچنین در مورد اثر تعاملی درون گروهی بین زمان و سه گروه آزمایش و کنترل نیز  $F(2,42)=6.958, p<.001$  نیز معناداری وجود دارد و مقدار

جدول ۳. نتایج بررسی میانگین‌های متغیرهای درون گروهی

گروه‌ها	زمان (I)	زمان (J)	تفاوت میانگین (I-J)	انحراف استاندارد	سطح معناداری
گروه درمان امیدمحور	پیش آزمون	پس آزمون	-۱۲.۲۰۰*	۲.۹۴۳	.۰۰۳
	پیش آزمون	پیگیری	-۱۲.۶۶۷*	۲.۸۳۰	.۰۰۲
		پس آزمون	۱۲.۲۰۰*	۲.۹۴۳	.۰۰۳
	پس آزمون	پیگیری	-۰.۴۶۷	۰.۳۶۳	.۶۶۰
		پیش آزمون	۱۲.۶۶۷*	۲.۸۳۰	.۰۰۲
	پیگیری	پس آزمون	.۴۶۷	۰.۳۶۳	.۶۶۰
گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	پیش آزمون	پس آزمون	-۱۵.۱۳۳*	۲.۷۹۳	۱.۰۰
	پیش آزمون	پیگیری	-۱۵.۶۰۰*	۲.۶۴۵	۱.۰۰
		پس آزمون	۱۵.۱۳۳*	۲.۷۹۳	۱.۰۰
	پس آزمون	پیگیری	-۰.۴۶۷	۰.۴۰۱	.۷۹۱
		پیش آزمون	۱۵.۶۰۰*	۲.۶۴۵	۱.۰۰
	پیگیری	پس آزمون	.۴۶۷	۰.۴۰۱	.۷۹۱
گروه کنترل	پیش آزمون	پس آزمون	-۲.۳۳۳*	۰.۶۸۸	.۰۱۳
	پیش آزمون	پیگیری	-۴.۹۳۳*	۰.۷۳۳	۱.۰۰
		پس آزمون	۲.۳۳۳*	۰.۶۸۸	.۰۱۳
	پس آزمون	پیگیری	-۲.۶۰۰*	۰.۶۰۸	.۰۰۲
		پیش آزمون	۴.۹۳۳*	۰.۷۳۳	۱.۰۰
	پیگیری	پس آزمون	۲.۶۰۰*	۰.۶۰۸	.۰۰۲

پیگیری گروه نمره نسبت به نمرات پس آزمون وجود نیامده است و ثبات نمره حفظ شده است. همچنین در گروه آزمایشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش از نظر نمره خود مراقبتی، بین نمرات پیش آزمون با نمرات پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. اما بین نمرات پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری قابل مشاهده نیست. به عبارت دیگر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش نیز بر روی خود مراقبتی گروه نمونه موثر بوده و تفاوت معناداری را بعد از

همانطور که از نتایج جدول ۳ قابل مشاهده است، در گروه آزمایشی درمان امید محور از نظر نمره خود مراقبتی، بین نمرات پیش آزمون با نمرات پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. اما بین نمرات پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری قابل مشاهده نیست. به عبارت دیگر درمان امید محور بر روی خود مراقبتی گروه نمونه موثر بوده و تفاوت معناداری را بعد از مداخله در نمرات خود مراقبتی آنها بوجود آورده است. اما تغییر معناداری در نمرات

آمده که احتمالا می تواند بدلیل مداخله متغیرهای دیگری بوده که تحت کنترل پژوهشگر نبوده است. در ادامه جدول ۴ آزمون اثر بین گروهی نشان داده شده است.

مداخله در نمرات خود مراقبتی آنها بوجود آورده است. و همینطور تغییر معناداری در نمرات پیگیری گروه نمره نسبت به نمرات پس آزمون بوجود نیامده است. در ادامه این تفاوت در گروه کنترل نیز بررسی شد که نتایج نشان می دهد از نظر متغیر خود مراقبتی، بین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود

جدول ۴. نتایج آزمون اثرهای بین گروهی

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
عرض از مبدا	۴۲۵۱۵۳.۸۹۶	۱	۴۲۵۱۵۳.۸۹۶	۶۳۴.۱۰۴	.۰۰۱	.۹۳۸
گروه	۲۸۷۵.۳۰۴	۲	۱۴۳۷.۶۵۲	۲.۱۴۴	.۱۳۰	.۰۹۳
خطا	۲۸۱۶۰.۱۳۳	۴۲	۶۷۰.۴۷۹			

را نشان می دهد. به عبارت دیگر نوع مداخله تأثیری بر متغیر خود مراقبتی گروه های مورد مطالعه اثر نداشت.

همانطور که در جدول ۴ قابل مشاهده است، اثر بین گروهی معنادار است  $F(2,42) = 2.144, p < .001$ . یافته های بدست آمده، عدم مقایسه پذیری متغیر خود مراقبتی را در میان دو گروه آزمایشی درمان امید محور و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و گروه کنترل

جدول ۵. نتایج بررسی میانگین های متغیرهای درون گروهی

گروه ها	زمان (I)	زمان (J)	تفاوت میانگین (I-J)	انحراف استاندارد	سطح معناداری
گروه درمان امیدمحور	پیش آزمون	پس آزمون	-۹.۷۳۳*	۲.۴۱۷	.۰۰۴
	پیش آزمون	پیگیری	-۱۰.۲۶۷*	۲.۳۴۵	.۰۰۲
		پیش آزمون	پیگیری	۹.۷۳۳*	۲.۴۱۷
	پس آزمون	پیگیری	-۵.۳۳*	.۱۹۲	.۰۴۴
		پیش آزمون	پیگیری	۱۰.۲۶۷*	۲.۳۴۵
	پیگیری	پس آزمون	پیگیری	۵.۳۳*	.۱۹۲
پیش آزمون		پس آزمون	-۷.۳۳۳*	۱.۸۹۲	.۰۰۵
	پیگیری	پیگیری	-۷.۹۳۳*	۱.۸۰۶	.۰۰۲
	پیش آزمون	پیگیری	۷.۳۳۳*	۱.۸۹۲	.۰۰۵
گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	پس آزمون	پیگیری	-۶.۰۰	.۲۵۴	.۱۰۰
	پیش آزمون	پیگیری	۷.۹۳۳*	۱.۸۰۶	.۰۰۲
		پس آزمون	پیگیری	۶.۰۰	.۲۵۴
گروه کنترل	پیش آزمون	پس آزمون	-۷.۳۳	.۴۸۳	.۴۵۳
		پیگیری	-۱.۶۰۰*	.۵۴۲	.۰۳۱
	پیش آزمون	پیگیری	۷.۳۳	.۴۸۳	.۴۵۳
		پس آزمون	پیگیری	-۸.۶۷	.۴۶۷
	پس آزمون	پیگیری	۱.۶۰۰*	.۵۴۲	.۰۳۱
		پیگیری	۸.۶۷	.۴۶۷	.۲۵۳

گروه نمونه موثر بوده و تفاوت معناداری را بعد از مداخله در نمرات کیفیت زندگی آنها بوجود آورده است. اما تغییر معناداری در نمرات پیگیری گروه نمونه نسبت به نمرات پس آزمون بوجود آمده است. به عبارت دیگر قدری کاهش نمره در میانگین نمرات کیفیت زندگی در پیگیری نسبت به پس آزمون بوجود آمده است.

همانطور که از نتایج جدول ۵ قابل مشاهده است، در گروه آزمایشی درمان امید محور از نظر نمره کیفیت زندگی، بین نمرات پیش آزمون با نمرات پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. بین نمرات پس آزمون و پیگیری نیز تفاوت معناداری قابل مشاهده است. به عبارت دیگر درمان امید محور بر روی کیفیت زندگی

در ادامه این تفاوت در گروه کنترل نیز بررسی شد که نتایج نشان می‌دهد از نظر متغیر کیفیت زندگی، بین نمرات پیش آزمون با پس آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد. اما بین نمرات پیش آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد. اما بین نمرات پیش آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود آمده که احتمالاً می‌تواند بدلیل مداخله متغیرهای دیگری بوده که تحت کنترل پژوهشگر نبوده است. در ادامه جدول ۶ آزمون اثر بین گروهی نشان داده شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون اثرهای بین گروهی

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
عرض‌از‌مبدا	۳۵۴۲۰.۱۶۶۷	۱	۳۵۴۲۰.۱۶۶۷	۲۲۸۷.۱۵۵	۱.۰۰	.۹۸۲
گروه	۲۱۸۰.۳۱۱	۲	۱۰۹۰.۱۵۶	۷.۰۳۹	.۰۰۲	.۲۵۱
خطا	۶۵۰۴.۳۵۶	۴۲	۱۵۴.۸۶۶			

زندگی بوسیله گروه‌های درمانی قابل تبیین است. با توجه به معناداری تفاوت بین گروه‌ها، مقایسه میانگین صورت گرفت. از آنجایی که حجم نمونه در سه گروه مورد مطالعه با هم برابر بودند و مفروضه همسانی واریانس‌ها نیز صدق می‌کرد، بنابراین از آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه کیفیت زندگی در بین گروه‌ها استفاده گردید. نتایج حاصل از مقایسه میانگین‌های بین گروه‌ها در جدول ۷ گزارش شده است.

همچنین در گروه آزمایشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش از نظر نمره کیفیت زندگی، بین نمرات پیش آزمون با نمرات پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد، اما بین نمرات پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری قابل مشاهده نیست. به عبارت دیگر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش نیز بر روی کیفیت زندگی گروه نمونه موثر بوده و تفاوت معناداری را بعد از مداخله در نمرات کیفیت زندگی آنها بوجود آورده است. و همینطور تغییر معناداری در نمرات پیگیری گروه نمونه نسبت به نمرات پس آزمون بوجود نیامده است.

همانطور که در جدول ۶ قابل مشاهده است، اثر بین گروهی معنادار است  $F(2,42) = 7.039, p < .001$ . یافته‌های بدست آمده، مقایسه پذیری متغیر کیفیت زندگی در میان گروه‌های آزمایشی درمان امید محور و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و گروه کنترل را نشان می‌دهد. به عبارت دیگر نوع مداخله بر متغیر کیفیت زندگی گروه مورد مطالعه اثر داشت. و حداقل بین دو گروه از گروه‌های مورد مطالعه این تفاوت معنادار می‌باشد. مقدار جزئی ایتا نیز نشان می‌دهد که تقریباً ۲۵ درصد تغییرات در نمره کیفیت

جدول ۷. مقایسه میانگین متغیر کیفیت زندگی در گروه‌های مورد مطالعه

گروه I	گروه J	تفاوت میانگین (I-J)	انحراف استاندارد	سطح معناداری
گروه درمان امید محور	گروه پذیرش و تعهد	-۱.۸۸۸۹	۲.۶۲۳۵۲	.۷۵۳
	گروه کنترل	۷.۴۲۲۲*	۲.۶۲۳۵۲	.۰۱۹
گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گروه امید محور	۱.۸۸۸۹	۲.۶۲۳۵۲	.۷۵۳
	گروه کنترل	۹.۳۱۱۱*	۲.۶۲۳۵۲	.۰۰۳
گروه کنترل	گروه امید محور	-۷.۴۲۲۲*	۲.۶۲۳۵۲	.۰۱۹
	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۹.۳۱۱۱*	۲.۶۲۳۵۲	.۰۰۳

### نتیجه گیری

طبق فرض اول پژوهش تفاوت اثربخشی درمان امید محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را مورد بررسی قرار گرفت. هر دو گروه در افزایش خودمراقبتی در افراد دارای دیابت نوع دو موثر عمل کرده‌اند. بطور خلاصه نتایج اثر بخشی درمان امید محور و درمان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش خودمراقبتی از نظر درون گروهی (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) معنادار بود؛ و هر دو درمان بر خودمراقبتی نتایج مثبتی داشته‌اند. و از نظر تفاوت بین گروهی بین درمان امید محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود خودمراقبتی تفاوتی وجود نداشت.

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد بین نمره کیفیت زندگی بین گروه‌های آزمایشی درمان امید محور با گروه آزمایشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش تفاوت معناداری وجود ندارد ( $p < .001$ ) اما بین گروه آزمایشی درمان امید محور با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < .001$ ). و تقریباً ۷ نمره میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه درمانی امید محور بالاتر از گروه کنترل بدست آمد. همچنین نمرات گروه آزمایشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل از نظر نمره کیفیت زندگی تفاوت معنادار می‌باشد و تقریباً ۹ نمره میانگین نمره کیفیت زندگی در این گروه بالاتر از گروه کنترل است ( $p < .001$ ).

این یافته همسو است با پژوهش گریک و همکاران که در نمونه مشابه از مبتلایان به دیابت نوع دو اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر بهبود فعالیت های خودمراقبتی نشان دادند. در تایید این یافته، پژوهش گراس و همکاران (۲۰) نشان داد که ارتقای پذیرش در مبتلایان به دیابت با سطوح بالاتر خودمراقبتی همراه است و در مقابل، اجتناب از افکار و احساسات مرتبط با دیابت با پایبندی کمتر به رژیم پزشکی و کنترل ضعیف تر قندن خون همراه است. در جریان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افراد می آموزند که احساسات شان را بدون اجتناب بپذیرند و از محتوای آزاردهنده افکارشان با تمرکز آگاهانه تر بر فرایند تمرکزشان، رهایی یابند و آن را به عمل مبتنی بر هدف مرتبط سازند. افزایش پذیرش در مبتلایان به دیابت سبب می شود تا اهمیت بیشتری برای خود و سلامتی خود قائل شوند و رفتارهای خودمراقبتی را بهتر و بیشتر انجام دهند، یعنی می کوشند 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 اندازه گیری کنند که مجموع این فعالیت ها سبب بهبود سوخت و ساز بدن می شود. بهبود سوخت و ساز، نفوذپذیری غشای سلول عضلانی به گلوکز را به علت افزایش تعداد ناقل های گلوکز در غشای پلاسمایی افزایش می دهد. طی این فرایند حساسیت سلول های بدن به انسولین بیشتر می شود، عمل انسولین بر متابولیسم گلوکز بهبود می یابد، باعث افزایش میزان برداشت گلوکز محیطی شده و سطح هموگلوبین بیمار پایین تر می آید و خودمراقبتی افزایش پیدا می کند. پاکمن در پژوهش خود نشان داد که اگر چه کاهش نگرانی های بیمار ممکن است سبب پایبندی به رژیم دیابت شود اما به دلیل ماهیت مزمن بیماری دیابت، حذف کامل نگرانی ها در عمل و در مواقعی بیماری امکان پذیر نیست. هر زمانی که فرد مبتلا به دیابت باید به اندازه گیری قند خون مبادرت کند یا رژیم غذایی خود را رعایت کند، نگرانی ها در دنیای واقعی ظاهر می شوند. بنابراین در خودمراقبتی دائم و روزانه دیابت نمی توان همچنان های مرتبط با دیابت مانند نگرانی ها، ترس یا هیجان های منفی را تغییر داد، حذف کرد یا کاهش داد. به همین دلیل پروتکل پذیرش و تعهد ممکن است جایگزین واقعی تری نسبت به دیگر درمان های روان شناختی برای دیابت باشد. از سوی دیگر در تبیین نتایج می توان به مطالعه ون کوکن استناد کرد که نشان داده است افراد امیدوار به آینده و دارای انگیزه های مثبت، تمایل بیشتری به شرکت در رفتارهای خودمراقبتی دارند. امید، به عنوان یک استراتژی مقابله ای موثر همراه با سازگاری مثبت با بیماری پذیرفته شده است. امید به عنوان خودمراقبتی یکی از مضامین مطالعه ویناد است و این فرصت را در بیماران مبتلا به دیابت ایجاد می کند که علی رغم نامشخص بودن نتیجه سلامتی، مثبت باقی بمانند. نگرش منفی به آینده و ناامیدی در کنترل دیابت از مهمترین عوامل عدم پایبندی به خودمراقبتی است. کاهش امید و پیامد آن شامل بی توجهی به رژیم درمانی یکی از موانع شایع کنترل دائمی دیابت افراد مبتلا به دیابت نوع دو است. بنابراین امید درمانی رفتارهای خودمراقبتی را افزایش می دهد. در فرض دوم پژوهش تفاوت اثربخشی درمان امیدمحور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران

مبتلا به دیابت نوع دو مورد بررسی قرار گرفت. نتایج اثر بخشی درمان امید محور و درمان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی از نظر درون گروهی (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) معنادار بود و هر دو درمان بر کیفیت زندگی نتایج مثبتی داشته اند. و از نظر تفاوت بین گروهی درمان امید محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود کیفیت زندگی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثر بخشی بالاتری نسبت به درمان امید محور داشته است. از طرفی کیفیت زندگی مفهومی پیچیده، کلی و چند جانبه است که علاوه بر برداشت ذهنی فرد به شرایط جسمانی و اجتماعی او نیز بستگی دارد. از یافته های پژوهش حاضر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود. این نتایج با یافته های تحقیقات انجام شده از جمله وانگ و همکاران (۲۱)، بهروز و همکاران همخوانی داشته است. لوسادا و همکاران نیز به این نتایج رسیدند که برخی از مهارت های مربوط به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مثل گسلس، عدم کنترل برانگیختگی و دسترسی به مهارت های تنظیم هیجانات، ممکن است به کیفیت زندگی کمک کنند. به بیانی دیگر، در مدل پذیرش و تعهد، مسئله اصلی، پذیرش فعالانه و آگاهانه تجارب ناخوشایند زندگی است، بدون این که فرد بی جهت برای تغییر شرایط زندگی خود تلاش کند و یا سعی در تحمل شرایط ناخوشایند داشته باشد، یاد می گیرد که چگونه فعالانه و مشتاقانه با عواطف و خاطرات و احساسات جسمانی و روانی مقابله کند؛ هدف این درمان، افزایش انعطاف پذیری روان شناختی، پذیرش، ناهمجوشی شناختی و بودن در لحظه حال می باشد، فرد خود را از تجارب ناخوشایند گذشته رها کرده و در نتیجه سازگاری با توجه به تغییر در ارزیابی از شرایط موجود افزایش یافته و کیفیت زندگی در شرایط وجود دیابت نوع دو ارتقا می یابد.

از جمله محدودیت های این پژوهش این بود که پروتکل درمانی بر روی بیماران دیابتی نوع دو مراجعه کننده به انجمن دیابت ایران واقع در تهران، خیابان پاتریس لومومبا انجام شده است، لذا نتایج آن به تمام بیماران دیابتی نوع دو قابل تعمیم نیست و ممکن است شرایط روحی- روانی افراد مورد پژوهش در پاسخگویی به برخی از پرسش ها موثر بوده باشد. همچنین این احتمال وجود داشت که واحدهای مورد پژوهش احساس واقعی خود را در پاسخ به پرسش ها منعکس نکنند، لذا با توضیح این که محتوای پرسش نامه کاملاً محرمانه بوده و لازم به ذکر نام و نام خانوادگی نیست این مورد تا حدی کنترل شد. همینطور وجود شرایط محیطی مانند شرایط موجود پاندمی کرونا نیز در نتایج مطلوب مداخلات درمانی می تواند به عنوان متغیر مزاحم نتایج را تحت تاثیر قرار داده باشد. پیشنهاد می شود از درمان پذیرش و تعهد و امید درمانی به منظور افزایش مهارت های مقابله با تفکرات غیرواقعی بنانه در مورد دیابت نوع دو کمک گرفت. مشاوران و درمانگران مراکز و کلینیک های دیابت، می توانند از رویکرد درمان پذیرش و تعهد و امید درمانی، در گروه های درمانی جهت بهبود رفتارهای خودمراقبتی، دلسرد نشدن و ادامه دادن درمان و در نتیجه افزایش سلامت جسمی بیماران دیابتی بهره ببرند. همچنین با توجه به یافته های پژوهش انجام شده،

behavioral therapy on marital stress of couples with breast cancer. *Breast Diseases Quarterly*, 11 (4), 28-38.

7. Mangayarkarasi, K., & Sellakumar, G. K. (2017). EFFICACY OF RATIONAL EMOTIVE THERAPY IN THE MANAGEMENT OF DEPRESSION IN HIV INFECTED WOMEN. *International Journal of Education and Psychology in the Community*, 7(1/2), 41.

8. Morrison, A. E., Zaccardi, F., Chatterjee, S., Brady, E., Doherty, Y., Robertson, N., & Davies, M. J. (2019). Self-Compassion, Metabolic Control and Health Status in Individuals with Type 2 Diabetes: A UK Observational Study. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*.

9. Shah Beyk, Soroush; Hosiery, piety; Rohani, Niko; Mohammadi, Marjan and Amani, Omid. (1397). The effectiveness of group psychotherapy based on acceptance and commitment on emotional expression and self-care behaviors of patients with type 2 diabetes. *Health Literacy Quarterly*, 3 (4), 35-25.

10. Rosen, G. M., & Lilienfeld, S. O. (2016). On the failure of psychology to advance self-help: Acceptance and commitment therapy (ACT) as a case example. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46(2), 71-77.

11. Shayeghian, Zeinab; Aguilar-Wafae, Maria; Besharat, Mohammad Ali; Amiri, Parisa; Parvin, Mahmoud; And Rouhi Gilani, Kobra. (2013). The relationship between self-care and blood sugar control and quality of life related to the health of people with type 2 diabetes. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 15 (6), 551-545.

12. Dahal, P. K., & Hosseinzadeh, H. (2020). Association of health literacy and diabetes self-management: a systematic review. *Australian journal of primary health*, 25(6), 526-533.

خدمات مشاوره در زمینه مشکلات فردی و گروهی یکی از نیازهای ضروری این بیماران است و ارائه خدمات مشاوره باید به طور دائم در دسترس بیماران باشد، همچنین وزارت بهداشت باید به نیاز اساسی بیماران از جمله تأمین بیمه درمانی توجه کند و مراکز ارائه خدمات مشاوره و روانشناختی به بیماران و خانواده های آنها گسترش یابد.

## References

1. Bairy, S., Rao, M. R., Edla, S. R., Manthena, S. R., & Tataavarti, N. G. D. (2020). Effect of an integrated naturopathy and yoga program on long-term glycemic control in type 2 diabetes mellitus patients: A prospective cohort study. *International Journal of Yoga*, 13(1), 42.

2. Guo, Z., Liu, J., Zeng, H., He, G., Ren, X., & Guo, J. (2020). Feasibility and efficacy of nurse-led team management intervention for improving the self-management of type 2 diabetes patients in a Chinese community: a randomized controlled trial. *Patient preference and adherence*, 13, 1353.

3. Lindholm-Olinder, A., Fischier, J., Fries, J., Alfnsson, S., Elvingson, V., Eriksson, J. W., & Leksell, J. (2015). A randomised wait-list controlled clinical trial of the effects of acceptance and commitment therapy in patients with type 1 diabetes: a study protocol. *BMC nursing*, 14(1), 1-5.

4. Adu, M. D., Malabu, U. H., Malau-Aduli, A. E., & Malau-Aduli, B. S. (2019). Enablers and barriers to effective diabetes self-management: A multi-national investigation. *PloS one*, 14(6), e0217771.

5. Zaharakar, Kianoosh. (1391). Evaluation of the effectiveness of group rational, emotional and behavioral therapy in reducing stress in patients with diabetes. First National Conference, Psychology and Educational Sciences, Tehran.

6. Pirmardvand Chegini, Bahman; Zaharakar, Kianoosh and Sanaei Zakir, Baqer. (1397). The effectiveness of education based on rational-emotional-

promoting interventions in cancer patients in Sanandaj in 2007. *Armaghane Danesh Magazine*, 14 (3), 213-206.

20. Gross, M., Moore, Z. E., Gardner, F. L., Wolanin, A. T., Pess, R., & Marks, D. R. (2018). An empirical examination comparing the mindfulness-acceptance-commitment approach and psychological skills training for the mental health and sport performance of female student athletes. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 16(4), 431-451.

21. Wang, S., Zhou, Y., Yu, S., Ran, L. W., Liu, X. P., & Chen, Y. F. (2017). Acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy as treatments for academic procrastination: A randomized controlled group session. *Research on Social Work Practice*, 27(1), 48-58.

13. Pamungkas, R. A., Chamroonsawasdi, K., Vatanasomboon, P., & Charupoonphol, P. (2020). Barriers to Effective Diabetes Mellitus Self-Management (DMSM) Practice for Glycemic Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM): A Socio Cultural Context of Indonesian Communities in West Sulawesi. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 10(1), 250-261.

14. Zhang, Y., Pan, X. F., Chen, J., Xia, L., Cao, A., Zhang, Y., & He, M. (2020). Combined lifestyle factors and risk of incident type 2 diabetes and prognosis among individuals with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Diabetologia*, 63(1), 21-33.

15. Horr, Maryam and Secretary, Gholamreza. (1397). The effectiveness of acceptance and commitment based therapy on mental health of patients with type 2 diabetes in Isfahan. *Journal of Diabetes and Metabolism*, 16 (6), 309-316.

16. Prevedini, A. B, Presti, G., Rabitti, E., Miselli, G., & Moderato, P (2011). 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. *Italian Journal of Medicine Del Lavoro*, 33 (1), 53-63.

17. Schram, M. T., Baan, C. A & Pouwer, F (2009). Depression and quality of life in patients with diabetes: a systematic review from the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium. *Curr Diabetes Rev*, 5 (2), 112-119.

18. Moayed Qaedi, I and Ghorban Shiroodi, Sh (2015). The effectiveness of group hope therapy on depression, loneliness and self-efficacy of female students. *Child Mental Health Quarterly*, 3 (2), 75-65.

19. Abdin, Taqdisi M, Naqdi Q (1388). Evaluation of the effectiveness of hope-