

December-January 2021, Volume 10, Issue 6

Comparison of "Combined Therapy Package Focused on Compassion and Acceptance and Commitment Therapy" with "Cognitive Behavioral Therapy" (CBT) on Depression and Glycosylated Hemoglobin in Female with Type II Diabetes

Shahin Khayatan¹, Asghar Aghaei^{2*}, Mohammadreza Abedi³, Mohsen Golparvar⁴

1- PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Science and Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2- Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Science and Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

3- Professor, Department of Counseling, Faculty of Educational Science and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

4- Associated Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Science and Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic, Azad University, Isfahan, Iran.

Correspondence author: Asghar Aghaei, Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Science and Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Email: aghaeipsy@gmail.com

Received: 27 June 2020

Accepted: 20 March 2021

Abstract

Introduction: Diabetes is a chronic disease that affects all aspects of a person's life. The aim of this study was to compare «Combined Therapy Package Focused on Compassion and Acceptance and Commitment Therapy» with «Cognitive Behavioral Therapy» on depression and glycosylated hemoglobin in women with type 2 diabetes.

Methods: The present study was performed in a quasi-experimental 3-group method with pre-test post-test and 2-month follow-up. 47 women with type 2 diabetes referred to Shahid Asghar Shabani Diabetes Clinic in Isfahan in 2017 were selected by purposive sampling. Then, by simple random assignment and using the lottery method in 3 treatment groups, «Combined Therapy Package Focused on Compassion and Acceptance and Commitment Therapy» with «Cognitive Behavioral Therapy» and control were replaced. Data were collected using a demographic questionnaire, "Beck Depression Inventory" and Glycosylated Hemoglobin test (HbA1C). Both groups received 10 sessions of 2 hours per week of treatment intervention. The control group did not receive any treatment intervention. Data were analyzed in SPSS. 24.

Results: The scores of the participants in the post-test intervention groups «Combined Therapy Package Focused on Compassion and Acceptance and Commitment Therapy» « and «Cognitive Behavioral Therapy» had a significant decrease compared to the control group in depression ($P < 0.05$). «Combined Therapy Package Focused on Compassion and Acceptance and Commitment Therapy» was significantly higher than «Cognitive Behavioral Therapy» on depression ($P < 0.05$), but in the case of Glycosylated Hemoglobin, the results showed that the scores of participants in the intervention groups there were no significant differences in the post-test of «Combined Therapy Package Focused on Compassion and Acceptance and Commitment Therapy» and «Cognitive Behavioral Therapy» ($P > 0.05$).

Conclusions: «Combined Therapy Package Focused on Compassion and Acceptance and Commitment Therapy» and «Cognitive Behavioral Therapy» reduced depression in patients with diabetes. Therefore, the use of this method to reduce depression in diabetic patients is suggested.

Keywords: Compassion Focused Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Cognitive Behavioral Therapy, Diabetes, Depression, Glycosylated Hemoglobin.

مقایسه «بسته درمانی تلفیقی درمان متمرکز بر شفقت و درمان پذیرش و تعهد» با «درمان شناختی رفتاری» بر افسردگی و هموگلوبین گلیکوزیله در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲

شهین خیاطان^۱، اصغر آقای^۲، محمدرضا عابدی^۳، محسن گل پرور^۴

- ۱- دانشجوی دکترای روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
 ۲- استاد، گروه روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
 ۳- استاد، گروه مشاوره دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
 ۴- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

نویسنده مسئول: اصغر آقای، استاد، گروه روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

ایمیل: aghaeipsy@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۲۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۴/۶

چکیده

مقدمه: دیابت از بیماری‌های مزمن می باشد که تمام جنبه های زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می دهد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه «بسته درمانی تلفیقی درمان متمرکز بر شفقت و درمان پذیرش و تعهد» با «درمان شناختی رفتاری» بر افسردگی و هموگلوبین گلیکوزیله در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر به روش نیمه تجربی ۳ گروهی با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۲ ماهه اجرا شد. ۴۷ زن مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به درمانگاه تخصصی دیابت شهید اصغر شعبانی در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۶ به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. سپس با انتساب تصادفی ساده و استفاده از روش قرعه کشی در ۳ گروه درمان، «درمان تلفیقی، درمان متمرکز بر شفقت و درمان پذیرش و تعهد» و «درمان شناختی - رفتاری» و کنترل جایگزین شدند. داده ها با پرسشنامه جمعیت شناختی، «سیاهه افسردگی بک» (Beck Depression Inventory-II) و آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله (HbA1C) جمع آوری شد. هر ۲ گروه جداگانه ۱۰ جلسه ۲ ساعت در هفته مداخله درمانی دریافت کردند. گروه کنترل هیچ گونه مداخله درمانی دریافت نکرد. داده ها در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته ها: نمره افسردگی شرکت کنندگان گروه های مداخله در پس آزمون «درمان تلفیقی درمان متمرکز بر شفقت و درمان پذیرش و تعهد» و «درمان شناختی رفتاری»، کاهش معنی داری نسبت به گروه کنترل داشتند ($P < 0.05$). همچنین، تأثیر روش «درمان تلفیقی درمان متمرکز بر شفقت و درمان پذیرش و تعهد» به طور معنی داری بیشتر از «درمان شناختی رفتاری» بر افسردگی بود ($P < 0.05$). اما در مورد هموگلوبین گلیکوزیله نتایج نشان داد که نمره شرکت کنندگان گروه های مداخله در پس آزمون «درمان تلفیقی درمان متمرکز بر شفقت و درمان پذیرش و تعهد» و «درمان شناختی - رفتاری»، تفاوت معنی داری نسبت به گروه کنترل نداشتند ($P > 0.05$).

نتیجه گیری: «درمان تلفیقی درمان متمرکز بر شفقت و درمان پذیرش و تعهد» و «درمان شناختی رفتاری» افسردگی را در بیماران مبتلا به دیابت کاهش داد. بنابراین، بکارگیری از این روش برای کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت پیشنهاد می گردد.

کلیدواژه ها: درمان متمرکز بر شفقت، درمان پذیرش و تعهد، درمان شناختی رفتاری، دیابت، افسردگی، هموگلوبین گلیکوزیله.

به خود در طول فرایندهای تفکر منفی با پرورش دادن شفقت نسبت به خود ترغیب می‌کند (۱۱).

نتایج مطالعه Tanenbaum و همکاران نشان داد که شفقت به خود با کاهش رنج و افزایش توانمندی درونی و کاهش قند خون در بیماران مبتلا به دیابت مرتبط است (۱۲). پژوهش خیاطان و همکاران نشان داد که «درمان تلفیقی درمان متمرکز بر شفقت با درمان پذیرش و تعهد» بر بهزیستی روانشناختی در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ موثر بوده است (۱۳). نتایج مطالعه ای Friis و همکاران نشان داد که شفقت رابطه بین پریشانی و قند خون را تعدیل می‌کند و شفقت به خود کم با قند خون بالاتر و همچنین پریشانی بیشتر با قند خون بالاتر رابطه دارد (۱۴).

«درمان پذیرش و تعهد» (ACT: Acceptance and Commitment Therapy) که از درمان‌های نسل سوم شناختی رفتاری است، ۶ اصل دارد که شامل گسلش شناختی، پذیرش، در لحظه بودن، خود به عنوان زمینه، شناسایی ارزش‌های زندگی و تعهد به عمل که این موارد جهت انعطاف‌پذیری روانشناختی استفاده می‌شود (۱۵). این درمان، اجتناب از افکار و احساسات منفی ناشی از درد و تنش را مشکل اصلی بیماران می‌داند که سبب ناتوانی و کاهش رضایت از زندگی می‌شود. طبق این نظریه، اجتناب از افکار و هیجانات منفی زمانی اتفاق می‌افتد که افکار و هیجانات منفی اثر مفرط و نامناسب می‌گذارند. بنابراین، شیوه اصلی «درمان پذیرش و تعهد» مواجهه‌سازی بیمار با موقعیت‌هایی است که بیشتر از آن‌ها اجتناب شده است (۱۶). تاکید «درمان پذیرش و تعهد» بر پذیرش است به نظر می‌رسد فوایدی در درمان کوتاه مدت دیابت دارد زیرا بیماران دائماً می‌توانند با حقایق و وقایعی که بخش خیلی طبیعی بیماری می‌باشد سازگار شوند. بنابراین، افزایش فرصت‌هایی برای تغییرات رفتاری می‌باشد (۱۷).

در مطالعه ای که محمدی خشوئی و همکاران انجام دادند، نتایج نشان داد که «درمان پذیرش و تعهد» می‌تواند برای پذیرش بیماری در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مفید باشد (۱۸). مطالعات محمودی و همکاران نشان داده که «درمان پذیرش و تعهد» می‌تواند بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سوء هاضمه عملکردی مؤثر باشد (۱۹).

«درمان شناختی رفتاری» به فرد کمک می‌کند تا بتواند

دیابت از بیماری‌های سوخت و ساز است که مشخصه آن‌ها افزایش مزمن قند خون و اختلال سوخت و ساز کربوهیدرات‌ها، چربی و پروتئین است و در نتیجه وجود نقایص در ترشح انسولین یا عمل انسولین ایجاد می‌شود (۱). دیابت یک مشکل شایع سلامتی برای فرد، خانواده و جامعه محسوب می‌شود (۲). افسردگی از شایعترین اختلالات روانپزشکی در بیماران مبتلا به دیابت می‌باشد (۳). مطالعات بسیاری که درباره اثربخشی مداخلات روان درمانی مؤثر بر روی زنان مبتلا به دیابت انجام شده است، نقش افسردگی را جزء عوامل خطر ساز یا تشدید کننده بیماری دیابت ذکر کرده اند و این امر موجب استفاده از خدمات هزینه بر پزشکی و هم چنین کاهش سلامت روان زنان مبتلا به دیابت شده است (۴). افسردگی در زنان مبتلا به دیابت با کنترل ناکافی قند خون و کاهش عملکرد جسمی، کنترل ضعیف گلیسمی و افزایش هموگلوبین گلیکوزیله همراه است (۵). در مطالعه ای نشان داده شد که به ازای هر واحد افزایش هموگلوبین گلیکوزیله، احتمال بروز افسردگی ۲۷ درصد افزایش می‌یابد (۶). اما در برخی پژوهش‌ها نشان داده شد افسردگی و باورهای منفی درباره بیماری بر عملکرد جسمی و روانی تأثیر می‌گذارد، اما بر روی کنترل متابولیک و هموگلوبین گلیکوزیله مؤثر نیست (۷، ۵). سازمان جهانی بهداشت اعلام می‌دارد که شیوع دیابت در ایران در بین مردان ۹/۸ درصد و در بین زنان ۱۱/۱ درصد می‌باشد (۸). «درمان متمرکز بر شفقت» (CFT: Compassion Focused Therapy) با ۳ مولفه ای اینگونه تعریف می‌شود: مهربان بودن و درک فرد نسبت به خود در شرایط درد و رنج و شکست است به جای خود انتقادگری سخت گیرانه، اشتراک‌های انسانی به جای انزوا و ذهن آگاهی به جای همسان سازی بیش از حد نگارش (۹). اصول پایه در «درمان متمرکز بر شفقت» به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین دهنده و شفقت بیرونی بایستی در فرد درونی شوند. در نتیجه این فرایند، ذهن فرد همان واکنشی که در برابر عوامل شفقت ورزانه بیرونی داشته است از خود نشان می‌دهد و به آرامش و تسکین می‌رسد. در واقع «درمان متمرکز بر شفقت» منجر به ایجاد و رشد ذهن با شفقت می‌شود و تغییر را در فرد تسهیل می‌کند (۱۰) و مراجعان را در جهت تمرکز بر درک و احساس شفقت

باورهای نادرست، درباره خود، دنیا و آینده را شناسایی و اصلاح کند و به تبع آن از بوجود آمدن هیجانات و رفتارهای منفی جلوگیری کند. بر اساس الگوی ذهن و بدن در مبتلایان به دیابت تحریف های شناختی و افکار خودآیند منفی در بیماران مبتلا به دیابت عامل بوجود آمدن عوارض بیماری و تغییرات ایمنولوژیک می شود (۲۰).

مطالعه ای که دادرس و همکاران انجام دادند، حاکی از تاثیر «درمان شناختی رفتاری» بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش تنش و قند خون زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ بود (۲۱). مطالعات Hermans و همکاران نشان داده که «درمان شناختی رفتاری» می تواند سبب کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت شود (۲۲).

با توجه به اینکه وقوع همزمان دیابت و افسردگی، میزان مرگ، هزینه های بهداشت و سلامت را در جامعه افزایش می دهد، لذا در مطالعه حاضر، مداخله آموزشی با ادغام «درمان متمرکز بر شفقت» همراه با «درمان پذیرش و تعهد» استفاده شد. لذا مطالعه حاضر با هدف مقایسه «بسته درمانی تلفیقی درمان متمرکز بر شفقت و درمان پذیرش و تعهد» با «درمان شناختی رفتاری» بر افسردگی و هموگلوبین گلیکوزیله در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد.

روش کار

روش پژوهش نیمه تجربی و طرح پژوهشی مورد استفاده طرح ۳ گروهی، گروه «درمان تلفیقی درمان متمرکز بر شفقت و درمان پذیرش و تعهد»، گروه «درمان شناختی رفتاری» و گروه کنترل بودند. ۳ مرحله شامل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ که عضو درمانگاه تخصصی دیابت شهید اصغر شعبانی در شهر اصفهان در بهار و تابستان سال ۱۳۹۶ بودند.

بر اساس آمار در زمان انجام پژوهش حاضر، حدود ۱۴۰۰۰ زن و مرد مبتلا به دیابت به این مرکز مراجعه می کردند. تعداد زنان مبتلا به دیابت مراجعه کننده به این مرکز در آن مقطع زمانی حدود ۷۵۰۰ تن بودند. با توجه به توصیه منابع معتبر علمی تعداد ۱۵ تن برای هر گروه در مطالعات

تجربی (۲۳) و با توجه به احتمال ریزش یا حذف بعضی از اعضای نمونه ها در فرایند اجرای پژوهش، تعداد ۶۰ تن زن مبتلا به دیابت نوع ۲ بر اساس معیارهای ورود و خروج مطالعه به صورت هدفمند برای پژوهش انتخاب شدند. با در نظر گرفتن ملاک های خروج از پژوهش، در حین انجام پژوهش تعداد نهائی نمونه از ۶۰ تن به ۴۷ تن کاهش یافت (شکل ۱). معمولاً ریزش تعداد نمونه در طی انجام پژوهش های مداخله ای اتفاق می افتد و در مقالات معتبر بین المللی (۲۴) نیز چنین ریزشی در حد کمتر از ۱۵ تن وجود دارد.

سپس با انتساب تصادفی ساده و استفاده از روش قرعه کشی در ۳ گروه درمان، «درمان تلفیقی»، درمان متمرکز بر شفقت و درمان پذیرش و تعهد» و «درمان شناختی - رفتاری» و کنترل و هر گروه ۲۰ تن به طور تصادفی (به صورت قرعه کشی) جایگزین شدند.

ملاک های ورود شامل: اخذ رضایت نامه کتبی از بیماران، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، دامنه سنی بین ۳۰ تا ۶۰ سال و جنس مونث، عدم ابتلا به اختلالات شدید روانپزشکی که توسط روانپزشک انجام شد و عدم ابتلا به هر گونه بیماری ناتوان کننده و مزمن دیگر از قبیل بیماری های کلیوی، کبدی، قلبی - عروقی و حداقل یک سال از تشخیص قطعی دیابت نوع ۲ که با مراجعه به پرونده پزشکی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ که در بایگانی درمانگاه تخصصی دیابت شهید اصغر شعبانی در شهر اصفهان موجود بود، مشخص شد. همچنین با مصاحبه بالینی توسط روانپزشک در مطب واقع در شهر اصفهان افسردگی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ نیز مشخص گردید. ملاک های خروج شامل، عدم رضایت بیمار به ادامه پژوهش و حداکثر ۲ جلسه غیبت در مرحله مداخله بود.

در مرحله پیش آزمون پژوهش، در ۲ گروه مداخله و گروه کنترل هر کدام ۲۰ تن بودند که با توجه به انصراف از ادامه مطالعه در پس آزمون و مرحله پیگیری، گروه «درمان تلفیقی درمان متمرکز بر شفقت و درمان پذیرش و تعهد» به ۱۸ تن و گروه «درمان شناختی - رفتاری» به ۱۵ تن و گروه کنترل به ۱۴ تن تقلیل یافت.



و نمره ۲۹ تا ۶۳ افسردگی شدید تفسیر می‌شود. در مطالعه Stefan-Dabson و همکاران (۲۶) که بر روی ۳۵۴ تن از افرادی که تشخیص افسردگی اساسی داشتند و در زمان مطالعه در بهبودی نسبی به سر می بردند، روایی سازه به روش روایی همگرایی "سیاهه افسردگی بک" با "مقیاس ناامیدی بک" (Beck Hopelessness Scale)، "مقیاس افکار خودکشی بک" (Beck Suicide Scale Ideation) و "سیاهه اضطراب بک" (Beck's Anxiety Inventory) سنجیده شد که همبستگی آن به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۳۷ و ۰/۶۰ گزارش شد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه فوق از طریق فراخوان عمومی از مراکز ۰/۸۷ گزارش شده است. طاهری تنجانی و همکاران (۲۷) با اجرای "سیاهه افسردگی بک" روی ۲۳۳ تن از سالمندان منطقه یک

در پژوهش حاضر برای جمع آوری داده ها از ابزار های زیر استفاده شد. پرسشنامه جمعیت شناختی شامل سن، تحصیلات، شاغل/خانه دار و مدت ابتلا به بیماری بود. "سیاهه افسردگی بک" (Beck Depression Inventory-II) توسط Beck در سال ۱۹۶۷ ساخته شده است. این ابزار خودگزارشی شامل ۲۱ عبارت برای اندازه گیری نشانه های افسردگی در جمعیت های مختلف بالینی و غیر بالینی است که آزمودنی ها باید روی یک طیف ۴ درجه ای که از (صفر=هرگز تا ۳=همیشه) نمره گذاری می شود. لذا حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۶۳ است و نمره بالاتر نشان دهنده افسردگی بیشتر است. سطح بندی نمره ها درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می کند (۲۵). نمره بین صفر تا ۱۳ بدون افسردگی، نمره ۱۴ تا ۱۹ افسردگی خفیف، نمره ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط

و بیان قوانین شرکت در جلسات و اهداف درمانی و پیش آزمون انجام شد.

جلسه دوم: توصیف و بررسی علائم افسردگی و تاثیرات آن بر زندگی و بیماری دیابت شامل نشانه‌های نظیر بی‌حوصلگی، کم‌خوابی یا پرخوابی، پرنوشی، غمگینی و ... و سپس اعتبار بخشیدن (دیدن رنج مراجع و ارزش قائل شدن برای آن) به مشکلات و علائم. تذکر: در تمام جلسات درمانگر با رویکرد متمرکز بر شفقت و از طریق حساس بودن نسبت به رنج مراجع، همدردی، همدلی، قضاوت نکردن، و با شجاعت و در راستای بهزیستی مراجع برخورد می‌کند.

جلسه سوم: توصیف راهبردهای شناختی، راهبردهای مقابله، تمرکز بر درماندگی خلاق از طریق استعاره (انسان در چاله) و ایجاد ناامیدی سازنده (درماندگی خلاق) و سپس سود کوتاه مدت و زیان بلند مدت توضیح داده می‌شود.

جلسه چهارم: توضیح در مورد تعارضات بین فردی و شیوه‌های مقابله‌ای بر اساس بافت فرهنگی و پیشینه‌ای مراجع، تمرکز بر افراط و تفریط در نیازها شامل نیاز به امنیت، استقلال و خودمختاری، ابراز وجود، احترام، روابط، محدودیت واقع‌بینانه) از طریق حساسیت و همدردی و همدلی درمانگر نسبت به مراجع، بررسی فشارهای روانی و بحران‌ها در زندگی گذشته (بررسی داستان زندگی مراجع) و خود مفهوم سازی شده بر اساس دیدگاه "درمان پذیرش و تعهد" بررسی شد.

جلسه پنجم: توضیح نسبت به خاطرات هیجانی اصلی مراجع در مورد خودش و دیگران، شناسایی راهبردهای تنظیم هیجان (اجتناب، جبران، تسلیم، کمال‌گرایی، خودتخریبی و ...)، تمرکز درمانی بر کنترل نه راه حل و نحوه عدم تجربه خاطرات هیجانی انجام شد.

جلسه ششم: مداخله در آمیختگی شناختی همراه با تمرکز درمانی بر انواع خود و چسبندگی به انواع خود (در مورد افکار، احساس، علائم بدنی و اجزای رفتاری توضیح داده می‌شود)، توضیح در مورد مشاهده افکار از طریق ذهن آگاهی و توضیح چسبندگی به افکار از طریق استعاره مهمان ناخوانده و مفاهیم وابسته (حذف کردن، تحمل کردن و پذیرش) مفهوم سازی شد.

جلسه هفتم: تمرکز درمانی بر خودمهربانی، استدلال مهربانانه و رفتارهای مهربانانه و تمرینات مربوطه مثل تصویرسازی در مورد انواع خود و خودمهربانی و ارائه خود به عنوان زمینه با استفاده از استعاره صفحه شطرنج بیان شد.

شهر قم، روایی همگرا، را با نمره کل "پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی-۲۸" "GHQ-28: General Health Questionnaire-28" ۰/۸۰ گزارش شد. ضریب همبستگی درون طبقه‌ای با نمونه فوق ۰/۸۱ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ و تصحیف در نمونه فوق به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۶۴ گزارش شد. یادگاری و همکاران (۲۸) در مطالعه خود روی ۱۴۸ تن از نوجوانان دختر شهر همدان، روایی صوری و محتوای "سیاهه افسردگی بک" را با استفاده از نظر ۷ تن از متخصصان حوزه روانشناسی بالینی در دانشگاه علوم پزشکی همدان مطلوب گزارش کردند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه فوق ۰/۸۱ و مطلوب گزارش شده است. در پژوهش حاضر، روایی محتوا به روش کیفی "سیاهه افسردگی بک"، از طریق هماهنگی نظرات ۵ تن از متخصصان گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان بررسی و تأیید شد. پایایی با روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه‌های پژوهش حاضر یعنی ۶۰ تن از زنان مبتلا به دیابت و افسردگی مراجعه‌کننده به درمانگاه تخصصی دیابت شهید اصغر شعبانی، برابر با ۰/۸۲ حاصل شد.

شدت بیماری به کمک شاخص هموگلوبین گلیکوزیله و با مراجعه به پرونده پزشکی بیماران به دست آمد و در دو سطح کم‌تر از ۷ درصد مبنای قند خون کنترل شده و بیشتر از ۷ درصد نشانگر عدم پایبندی به درمان و عدم کنترل بیماری می‌باشد. زمانی که قند ناشتای خون کمتر از ۱۱۰ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر باشد، هموگلوبین گلیکوزیله در ۹۶ درصد موارد طبیعی است (هموگلوبین گلیکوزیله زیر ۷ درصد)، اما قند ناشتای خون ۱۱۰-۲۵۰ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر باشد در بیش از ۸۰ درصد موارد هموگلوبین گلیکوزیله بالاتر از حد طبیعی است (هموگلوبین گلیکوزیله بالای ۷ درصد) (۲۹).

"بسته درمانی تلفیقی درمان متمرکز بر شفقت و درمان پذیرش و تعهد" بر اساس راهنمای "درمان متمرکز بر شفقت" (۳۰) و "درمان پذیرش و تعهد" بر اساس پروتکل درمانی (۳۱) استفاده شد. همچنین محتوای جلسات "درمان شناختی رفتاری" بر اساس راهنمای عملی شناخت درمانی گروه‌ها (۳۲) استفاده شد.

محتوای جلسات "بسته درمانی تلفیقی درمان متمرکز بر شفقت و درمان پذیرش و تعهد" جلسه اول: برقراری ارتباط و آشنایی اولیه اعضای گروه

گرفت.

جلسه ششم و هفتم: مرور تکالیف، آشنایی با روش پیکان عمودی، آشنایی اعضا با ارتباط بین افکار خودآیند و هیجان های ناشی از آن ها و کشف باورها و طرحواره های اصلی منفی، مثلث شناختی و خطاهای شناختی مرور شد.

جلسه هشتم: صحبت درباره نقشه شناختی، از رتبه بندی واحدهای ذهنی پریشانی یا (SUD: Subjective Unit of Disturbance) درباره باورها و احساسات متعاقب آن، سنجش باورها انجام شد.

جلسه نهم و دهم: یادگیری مقابله با فشار روانی و اتخاذ یک سبک زندگی و ارتباط بین فردی سالم و مرور کلی در کل جلسات و رفع اشکال و پس آزمون انجام شد.

برای اجرای پژوهش در ابتدا کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد (اصفهان) خوراسگان دریافت شد. در مرحله بعد مجوز از مدیریت محترم درمان شهر اصفهان اخذ شد و سپس با مراجعه به درمانگاه تخصصی دیابت شهید اصغر شعبانی در اصفهان و تحت نظارت ریاست محترم درمانگاه مذکور از نمونه ها نیز اجازه و رضایت کتبی دریافت شد.

روش کار بدین صورت بود که گروه های مداخله ۱۰ جلسه ۲ ساعتی و هر جلسه در یک هفته تحت درمان قرار گرفتند و گروه کنترل در فهرست انتظار برای درمان قرار گرفت. مداخله به صورت گروهی در ۲ کلینیک روانشناختی، به نام های مرکز مشاوره یاس و مرکز مشاوره پردیس واقع در شهر اصفهان در پاییز و مرحله پیگیری بعد از ۲ ماه در زمستان ۱۳۹۶ انجام شد.

جمع آوری داده ها بدین صورت بود که شرکت کنندگان هر یک از ۳ گروه پژوهش یک بار قبل از شروع درمان (مرحله پیش آزمون)، یک بار پس از اتمام درمان (مرحله پس آزمون) و یک بار ۲ ماه پس از اتمام درمان (مرحله پیگیری) "سپاهه افسردگی بک" را پاسخ دادند و آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله درمانگاه تخصصی دیابت شهید اصغر شعبانی در شهر اصفهان و با نظارت ریاست محترم مرکز مذکور انجام شد. در این مطالعه نکات اخلاقی از جمله رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات و غیره انجام و رضایت نامه شرکت آگاهانه در پژوهش به امضای شرکت کنندگان رسید.

بعد از جمع آوری داده های در ۳ مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، جهت آزمون فرضیه های پژوهش، داده های مربوط به ۳ مرحله با استفاده از روش های توصیفی

جلسه هشتم: تمرکز درمانی بر حوزه های مهم زندگی، موانع سر راه (رقبای خود مهربان) و تصریح ارزش ها (استعاره تشییع جنازه) قرار گرفت. مداخله در آسیب پذیری از طریق مهربان بودن با خود (رابطه با ذهن) و از طریق تصریح ارزش ها و در راستای ارزش ها، هدف گذاری تعیین شد.

جلسه نهم: تمرکز درمانی بر شرایط مداخله گر، موانع سر راه ارزش ها و تفاوت اجتناب تجربه ای و تجربه حسی مهربانانه همراه با ادامه تمرکز درمانی بر چسبندگی به افکار (آمیختگی شناختی)، تعهد و اقدام به عمل و تقویت خود مهربان به منظور مراقبت از بهزیستی و عمل متعهدانه در حوزه های مهم زندگی در نظر گرفته شد.

جلسه دهم: مرور کلی بر کل جلسات و رفع اشکال و پس آزمون انجام شد.

محتوای جلسات "درمانی شناختی رفتاری"

جلسه اول: خوش آمدگویی، آشنایی اعضای گروه و پیش آزمون انجام شد.

جلسه دوم: قوانین جلسه، ساختار جلسات (اشاره به طول و تعداد جلسات)، توضیح "درمان شناختی رفتاری" (مشکلات هیجانی شما به دلیل تفکرات شماست)، بررسی وضعیت خلقی بیمار، مرور مشکل فعلی بیمار (شناسایی مشکلات و تعیین اهداف و انتظارات از درمان، صحبت در مورد تعارضات بین فردی و علائم آن، مرور جلسه و خلاصه سازی، تکلیف و بازخورد ارائه شد.

جلسه سوم: مرور جلسه قبل، واریسی خلق، پل زدن بین ۲ جلسه (در جلسه قبل در مورد چی حرف زدیم؟ چی یاد گرفتی؟ مرور تکالیف، آموزش رابطه تفکر و احساس، انجام تمرین تصور هدایت شده (آرام سازی، مرور جلسه و خلاصه سازی، ارائه تکلیف، بازخورد).

جلسه چهارم: مرور تکالیف، توضیح نظریه اختلال هیجانی، توضیح افکار خودآیند (یادآوری یک خاطره ناراحت کننده)، شناسایی افکار خودآیند در جلسه، تجسم همان صحنه (خاطره) با جزئیات، ایفای نقش، صحبت درباره مقاومت به درمان. تکلیف در منزل ارائه شد.

جلسه پنجم: مرور تکالیف، آموزش پاسخ به افکار خودآیند، برگه "ثبت افکار ناکارآمد" یا (DTR: Dysfunctional Thoughts Registration)، آموزش و استفاده از فرایند حل مسأله، آموزش خطاهای منطقی، تکلیف، تکمیل "ثبت افکار ناکارآمد" و خطاهای شناختی خویش شناسایی انجام

جهت تحلیل داده های پژوهش استفاده شد. تحلیل ها داده ها در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۴ انجام شد.

یافته ها

یافته جمعیت شناختی در (جدول ۱) قابل رویت است.

و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت. در سطح آمار توصیفی شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی (میانگین ها، انحراف معیار و خطای استاندارد) و در سطح آمار استنباطی نیز ابتدا با بررسی پیش فرض های لازم شامل نرمال بودن توزیع متغیرها، برابری واریانس های خطا و برقراری پیش فرض استقلال، از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر،

جدول ۱: فراوانی مطلق و نسبی دامنه سنی، سطح تحصیلات، شاغل/ خانه دار و طول مدت بیماری در ۳ گروه پژوهش (اعداد داخل پرانتز درصد هستند)

متغیرها	گروه کنترل	درمان تلفیقی	درمان شناختی رفتاری
محدوده سنی			
کمتر از ۳۷			۱(۲/۱)
۳۸-۴۲	۱(۲/۱)	۱(۲/۱)	
۴۳-۴۶	۲(۴/۲۴)	۲(۴/۲۴)	۱(۲/۱۲)
۴۷-۵۱	۴(۸/۵۷)	۶(۱۲/۷۸)	۵(۱۰/۶۵)
۵۲-۵۵	۳(۶/۳۸)	۵(۱۰/۶۴)	۳(۶/۳۸)
۵۶ سال یا بالاتر	۴(۸/۵۲)	۴(۸/۵۲)	۵(۱۰/۶۶)
سطح تحصیلات			
راهنمایی	۵(۱۰/۶۳)	۷(۱۴/۹)	۶(۱۲/۷۷)
دیپلم	۷(۱۴/۹)	۹(۱۹/۱۷)	۸(۱۷/۰۳)
کارشناسی و بالاتر	۲(۴/۲۴)	۲(۴/۲۴)	۱(۲/۱۲)
شغل/خانه دار			
شاغل	۲(۴/۴)	۳(۶/۳)	۳(۶/۳)
خانه دار	۱۲(۲۵/۵۳)	۱۵(۳۱/۹۴)	۱۲(۲۵/۵۳)
طول مدت بیماری			
۱-۵ سال	۵(۱۰/۶۵)	۷(۱۴/۹)	۵(۱۰/۶۵)
۶-۱۰ سال	۴(۸/۵)	۷(۱۴/۸۷)	۵(۱۰/۶۳)
۱۱-۱۵ سال	۲(۴/۲۶)	۳(۶/۳۷)	۳(۶/۳۷)
۱۶-۲۰ سال	۳(۶/۴۵)	-	۱(۲/۱۵)
۲۱ سال و بیشتر	-	۱(۲/۱)	۱(۲/۱)

مدت بیماری در محدوده ۵-۱ سال بود (جدول ۱).

دامنه سنی اکثریت افراد ۴۷-۵۱ سال بود، اکثراً تحصیلات دیپلم داشتند، هم چنین اکثراً خانه دار بودند و اکثریت طول

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد افسردگی و هموگلوبین گلیکوزیله در مراحل مختلف پژوهش

شاخص	مرحله	درمان تلفیقی		درمان شناختی رفتاری		گروه کنترل	
		SD	M	SD	M	SD	M
افسردگی	پیش آزمون	۶/۷۳۲۵۲	۲۶/۱۵۹۷	۳/۹۷۲۵۲	۲۹/۷۳۳۳	۳/۱۹۷۷۰	۳۰/۰۷۱۴
	پس آزمون	۴/۳۹۲۵۱	۱۴/۶۶۶۷	۲/۵۲۶۰۵	۱۶/۶۶۶۷	۳/۱۹۷۷۰	۳۲/۰۷۱۴
	پیگیری	۴/۰۱۱۸۳	۱۴/۲۷۷۸	۲/۴۱۰۳۰	۱۸/۳۳۳۳	۳/۱۱۷۶۶	۳۲/۷۸۵۷
هموگلوبین گلیکوزیله	پیش آزمون	۱/۲۹۷۶۱	۶/۸۵۵۶	۱/۳۴۷۰۶	۷/۰۸۰۰	۱/۴۴۴۱۴	۶/۹۳۵۷
	پس آزمون	۱/۰۰۰۳۳	۶/۸۷۷۸	۲/۱۸۲۳۵	۷/۶۸۶۷	۱/۲۷۶۳۳	۶/۵۸۵۷
	پیگیری	۱/۰۹۱۸۱	۶/۸۱۶۷	۱/۶۲۲۸۱	۷/۱۰۶۷	۱/۱۵۳۴۲	۶/۶۵۰۰

شهین خیاطان و همکاران

هموگلوبین گلیکوزیله در گروه «درمان تلفیقی درمان متمرکز بر شفقت با درمان پذیرش و تعهد» در پیش آزمون برابر با ۶/۸۵ بوده و در پس آزمون و پیگیری به ترتیب ۶/۸۷ و ۶/۸۱ می باشد. هموگلوبین گلیکوزیله در «گروه شناختی رفتاری» در پیش آزمون میانگین افسردگی برابر با ۷/۰۸ و در ۲ مرحله پس آزمون و پیگیری مقادیر ۷/۶۸ و ۷/۱۰ را دارا می باشد. برای گروه کنترل میانگین هموگلوبین گلیکوزیله در پیش آزمون برابر با ۶/۹۳ و در ۲ مرحله پس آزمون و پیگیری مقادیر ۶/۵۸ و ۶/۶۵ را نشان می دهد (جدول ۲).

چنانچه در (جدول ۲) مشاهده می شود، افسردگی در گروه «درمان تلفیقی درمان متمرکز بر شفقت با درمان پذیرش و تعهد» در پیش آزمون دارای میانگین برابر با ۲۶/۱۵ بوه ولی در پس آزمون و پیگیری به ترتیب به ۱۴/۶۶ و ۱۴/۲۷ تغییر یافته است. افسردگی در «گروه شناختی رفتاری» در پیش آزمون دارای میانگین برابر با ۲۹/۷۳ و در ۲ مرحله پس آزمون و پیگیری به ترتیب به ۱۶/۶۶ و ۱۸/۳۳ تغییر یافته است. برای گروه کنترل نیز در پیش آزمون میانگین افسردگی با برابر با ۳۰/۰۷ و در ۲ مرحله پس آزمون و پیگیری به مقادیر ۳۲/۰۷ و ۳۲/۷۸ تغییر نموده است. همچنین میانگین

جدول ۳: آزمون های تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر (تکرار شده) برای افسردگی و هموگلوبین گلیکوزیله

منبع تغییر	منه	آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	واریانس	p-value	مجدور سهمی اتا	توان آزمون
افسردگی	محلّه	رعایت پیشفرض کرویت	۱۶۱۱/۰۴۱	۲	۸۰۵/۵۲۰	۶۵/۷۰۱	۰/۰۰۰	۰/۵۹۹	۱/۰۰۰
		گرینهاوس-گیزر	۱۶۱۱/۰۴۱	۱/۰۵۷	۱۵۲۴/۷۸۶	۶۵/۷۰۱	۰/۰۰۰	۰/۵۹۹	۱/۰۰۰
		هاین-فلت	۱۶۱۱/۰۴۱	۱/۱۱۰	۱۴۵۱/۶۴۷	۶۵/۷۰۱	۰/۰۰۰	۰/۵۹۹	۱/۰۰۰
		حد پائین	۱۶۱۱/۰۴۱	۱/۰۰۰	۱۶۱۱/۰۴۱	۶۵/۷۰۱	۰/۰۰۰	۰/۵۹۹	۱/۰۰۰
تعامّل آزمون و گروه	تعامّل	رعایت پیشفرض کرویت	۱۳۵۷/۷۵۴	۴	۳۳۹/۴۳۹	۲۷/۶۸۶	۰/۰۰۰	۰/۵۵۷	۱/۰۰۰
		گرینهاوس-گیزر	۱۳۵۷/۷۵۴	۲/۱۱۳	۶۴۲/۵۳۰	۲۷/۶۸۶	۰/۰۰۰	۰/۵۵۷	۱/۰۰۰
		هاین-فلت	۱۳۵۷/۷۵۴	۲/۲۲۰	۶۱۱/۷۱۰	۲۷/۶۸۶	۰/۰۰۰	۰/۵۵۷	۱/۰۰۰
		حد پائین	۱۳۵۷/۷۵۴	۲/۰۰۰	۶۷۸/۸۷۷	۲۷/۶۸۶	۰/۰۰۰	۰/۵۵۷	۱/۰۰۰
هموگلوبین گلیکوزیله	محلّه	رعایت پیشفرض کرویت	۰/۸۵۹	۲	۰/۴۳۰	۰/۷۵۴	۰/۴۷۴	۰/۱۰۷	۰/۱۷۴
		گرینهاوس-گیزر	۰/۸۵۹	۱/۸۸۵	۰/۴۵۶	۰/۷۵۴	۰/۴۶۷	۰/۱۰۷	۰/۱۷۰
		هاین-فلت	۰/۸۵۹	۲/۰۰۰	۰/۴۳۰	۰/۷۵۴	۰/۴۷۴	۰/۱۰۷	۰/۱۷۴
		حد پائین	۰/۸۵۹	۱/۰۰۰	۰/۸۵۹	۰/۷۵۴	۰/۳۹۰	۰/۱۰۷	۰/۱۳۶
تعامّل آزمون و گروه	تعامّل	رعایت پیشفرض کرویت	۳/۶۸۹	۴	۰/۹۲۲	۱/۶۱۸	۰/۱۷۷	۰/۰۶۸	۰/۴۸۰
		گرینهاوس-گیزر	۳/۶۸۹	۳/۷۷۰	۰/۹۷۹	۱/۶۱۸	۰/۱۸۱	۰/۰۶۸	۰/۴۶۳
		هاین-فلت	۳/۶۸۹	۴/۰۰۰	۰/۹۲۲	۱/۶۱۸	۰/۱۷۷	۰/۰۶۸	۰/۴۸۰
		حد پائین	۳/۶۸۹	۲/۰۰۰	۱/۸۴۵	۱/۶۱۸	۰/۲۱۰	۰/۰۶۸	۰/۳۲۴

"درمان شناختی رفتاری" و گروه کنترل مربوط به اعمال ۲ نوع درمان بر روی زنان مبتلا به دیابت بوده که با ۱۰۰ درصد توان تایید شده است. همچنین در افسردگی تعامل آزمون با گروه در ردیف رعایت پیش فرض کرویت ($F=۲۷/۶۸, df=۲, P<۰/۰۱$) معنادار است. به این معنا که بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه "درمان تلفیقی درمان متمرکز بر شفقت با درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری" و گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. مجدور سهمی اتا برای تعامل آزمون \times عضویت گروهی برابر با ۰/۵۵۷ و توان آزمون برابر با ۱ می باشد.

همانطور که در (جدول ۳) مشاهده می شود نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری تکرار شده (مکرر) برای افسردگی در ردیف رعایت پیش فرض کرویت نشان می دهد ($F=۶۵/۷۰, df=۲, P<۰/۰۱$) که در سطح ($P<۰/۰۱$) بیش پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنا داری وجود دارد و مجدور سهمی اتا برای عامل آزمون در افسردگی برابر با ۰/۵۹۹ و توان آزمون برابر با ۱ می باشد. این نتیجه نشان می دهد که ۵۹/۹ درصد تفاوت بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در افسردگی بین ۲ گروه مداخله "درمان تلفیقی درمان متمرکز بر شفقت با درمان پذیرش و تعهد" و

فرض کرویت نشان می دهد ($F=۰/۷۵۴$ ، $df=۲$) که در سطح ($P<۰/۰۱$) بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد. به این معنا که بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بین ۲ گروه مداخله و کنترل تفاوت معنادار وجود ندارد ($P>۰/۰۵$) (جدول ۳).

این نتیجه نشان می دهد که ۵۵/۷ درصد تفاوت بین دو گروه مداخله با گروه کنترل در افسردگی مربوط به اعمال متغیر مستقل بوده که با توان ۱۰۰ درصد تایید شده است. همچنین نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری تکرار شده (مکرر) برای هموگلوبین گلیکوزیله در ردیف رعایت پیش

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در افسردگی و هموگلوبین گلیکوزیله

متغیر	گروه مداخله	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌های تعدیل شده	خطای استاندارد	P-value
افسردگی	گروه درمان تلفیقی	گروه شناختی رفتاری	-۳/۲۱۰	۰/۹۹۹	۰/۰۰۷
	گروه درمان تلفیقی	گروه کنترل	-۱۳/۲۷۵	۱/۰۱۸	۰/۰۰۰
	گروه شناختی رفتاری	گروه کنترل	-۱۰/۰۶۵	۱/۰۶۲	۰/۰۰۰
هموگلوبین گلیکوزیله	گروه درمان تلفیقی	گروه شناختی رفتاری	-۰/۴۴۱	۰/۴۴۱	۰/۹۶۹
	گروه درمان تلفیقی	گروه کنترل	۰/۱۲۶	۰/۴۵۰	۱/۰۰۰
	گروه شناختی رفتاری	گروه کنترل	۰/۵۶۷	۰/۴۶۹	۰/۶۹۹

$P>۰/۰۵$

مربوط به تاثیر "درمان متمرکز بر شفقت و درمان پذیرش و تعهد" در کاهش افسردگی با نتایج بسیاری از پژوهش ها در نمونه های متعدد، همسو است. خلعتبری و همکاران (۳۳) از موثر بودن "درمان متمرکز بر شفقت" و "درمان پذیرش و تعهد" در کاهش ولع خوردن، پریشانی روانشناختی و افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ گزارش دادند. سید جعفری و همکاران (۳۴) در پژوهشی بر روی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ نشان دادند که "درمان متمرکز بر شفقت" می تواند در این بیماران باعث تاب آوری بیشتر و امید به زندگی بیشتری شود. مطالعه خیاطان و همکاران (۱۳)، اثر بخشی "درمان متمرکز بر شفقت" را بر کاهش اضطراب اجتماعی، شرم، خود انتقادگری و انزوا نشان داد. در تبیین این نتایج می توان ذکر کرد که بر مبنای دیدگاه Melton (۳۵) افراد مبتلا به دیابت در معرض خطر افسردگی هستند و یا سطح پایینی از پذیرش بیماری خود دارند، که تاثیر منفی بر کنترل قند خون آنها دارد. "درمان پذیرش و تعهد" سعی دارد افراد مبتلا به دیابت در پذیرش افکار و احساساتی که آنها از آن اجتناب می کنند کمک کند. مداخلات "درمان پذیرش و تعهد" می تواند در افزایش خود - کارایی بیماران و متعاقباً به مدیریت دیابت آنها مفید باشد. در تبیین تاثیر روش مداخله پژوهش حاضر بر افسردگی بر روی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، می توان گفت، افزایش شفقت با خود، از طریق کاهش انتقاد از خود و افزایش انگیزه می تواند با کاهش افسردگی همراه باشد. در حالیکه خود - انتقادگری، تنفر از خود، خود

در (جدول ۴) نتایج مقایسه جفتی از طریق آزمون بنفرونی پس از معناداری نتایج حاصل از تحلیل واریانس اندازه گیری تکرار شده (مکرر) ارائه شده است. چنانچه در (جدول ۴) مشاهده می شود، در افسردگی بین "درمان تلفیقی درمان متمرکز بر شفقت با درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری" با گروه کنترل در سطح ($P<۰/۰۱$) تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بین "درمان تلفیقی درمان متمرکز بر شفقت بر درمان پذیرش و تعهد" و "درمان شناختی رفتاری" با یکدیگر تفاوت معناداری وجود دارد. ($P<۰/۰۱$)، اما بین "درمان تلفیقی درمان متمرکز بر شفقت با درمان پذیرش و تعهد" و "درمان شناختی رفتاری" با گروه کنترل در هموگلوبین گلیکوزیله تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>۰/۰۵$) (جدول ۴).

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه "بسته درمانی تلفیقی درمان متمرکز بر شفقت و درمان پذیرش و تعهد" با "درمان شناختی رفتاری" بر افسردگی و هموگلوبین گلیکوزیله در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد. نتایج نشان داد که بین گروه های مداخله و گروه کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری در افسردگی تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین میانگین نمره افسردگی گروه "درمان تلفیقی درمان متمرکز بر شفقت و درمان پذیرش و تعهد" نسبت به گروه "درمان شناختی رفتاری" در مرحله پس آزمون کاهش بیشتری داشته است و در مرحله پیگیری همچنان معنادار بود. نتایج

شهین خیاطان و همکاران

هموگلوبین گلیکوزیله همراه است (۵). در مطالعه دیگری نشان داده شد که به ازای هر واحد افزایش هموگلوبین گلیکوزیله احتمال بروز افسردگی ۲۷ درصد افزایش می یابد (۶). در تبیین عدم معناداری در هموگلوبین گلیکوزیله می توان به پیگیری ۲ ماهه که زمان کوتاهی است مربوط دانست. به نظر می رسد پیگیری های دراز مدت تری لازم است. مطالعات زیادی جهت بررسی ارتباط بین هموگلوبین گلیکوزیله که به عنوان شاخصی از کنترل دراز مدت دیابت به کار می رود و افسردگی انجام شده که نتایج متفاوتی در برداشته است. چنانچه در مطالعه ای که Kaholokula و همکاران (۳۹) در سال ۲۰۰۲ بر روی ۱۴۶ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد، پس از سنجش میزان هموگلوبین گلیکوزیله و انجام بررسی افسردگی، ارتباط معناداری میان این ۲ متغیر به دست نیامد. در حالی که در مطالعه دیگری که Grandinetti و همکاران (۴۰) در سال ۱۹۹۹ بر روی ۵۷۴ بیمار مبتلا به دیابت انجام دادند، نتایج نشان داد که شانس ابتلا به افسردگی در مقادیر بالاتر هموگلوبین گلیکوزیله بیشتر است. به عبارتی، همبستگی مثبت میان افسردگی و میزان هموگلوبین گلیکوزیله وجود دارد و با توجه به اینکه بسته "درمان تلفیقی درمان متمرکز بر شفقت با درمان پذیرش و تعهد" بر افسردگی موثر بوده است. بنابراین، می توان اذعان کرد دوره پیگیری ۲ ماهه کافی نبوده است و به نظر می رسد پیگیری مدت بیشتری لازم است. با توجه به نتایج این مطالعه و مطالعات پیشین می توان اثر بخشی "درمان تلفیقی درمان متمرکز بر شفقت با درمان پذیرش و تعهد" بر کاهش افسردگی زنان مبتلا به دیابت را باز هم تایید کرد.

نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد که "بسته درمانی تلفیقی درمان متمرکز بر شفقت با درمان پذیرش و تعهد" افسردگی را در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ کاهش می دهد. بر این اساس پیشنهاد می گردد مراکز مشاوره به عنوان مداخله ای مناسب برای زنان مبتلا به دیابت نوع ۲، می توانند از این برنامه استفاده کنند. با توجه به این که مداخله اجرا شده بر روی زنان مبتلا به دیابت و با دامنه سنی ۳۰ تا ۶۰ سال انجام شده است، لذا جهت تعمیم نتایج به سایر گروه های سنی باید احتیاط کرد. عدم کنترل متغیرهای جمعیت شناختی مانند (سن، میزان تحصیلات، شاغل / خانه

قضاوت گری و کمال گرایی منفی که متضاد شفقت به خود هستند با پریشانی روانشناختی بیشتر که شامل افسردگی است ارتباط دارد.

نتایج مطالعه Hermans و همکاران (۲۲) با بکارگیری اثربخشی "درمان شناختی رفتاری" را بر کاهش افسردگی بر روی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ را نشان داد که با پژوهش حاضر همسو می باشد. در بیان این نتایج به نظر می رسد که "درمان گروهی شناختی رفتاری" می تواند در کاهش اضطراب، افسردگی و افزایش راه های مقابله با تنش مفید باشد، و به عنوان راهکاری برای کنترل بهتر بیماری، کاهش و پیشگیری از مشکلات و عوارض جسمی و روانی - اجتماعی مرتبط با دیابت سودمند باشد (۳۶).

در تبیین اینکه "درمان تلفیقی درمان متمرکز بر شفقت و درمان پذیرش و تعهد" نسبت به "درمان شناختی - رفتاری" با کاهش بیشتر افسردگی همراه بود، می توان گفت، بازسازی شناختی در "درمان شناختی - رفتاری" بر محتوای شناخت متمرکز بسیار زیادی دارد و بدین وسیله چرخه نشخوار را زنده نگه می دارد و قسمت اعظمی از هیجان های منفی که افراد تجربه می کنند، از نشخوارهای فکری سرچشمه می گیرد که بعد از تجارب منفی در ذهن تولید می شود (۳۷). "درمان پذیرش و تعهد" بر پذیرش و همچنین گسلش از افکار به عنوان ابزار اصلی برای مقابله با افکار مساله ساز تاکید دارد، لذا با کم کردن نشخوارهای فکری افراد باعث کاهش هیجان های منفی می شود (۳۸).

بر اساس نتایج پژوهش حاضر متوسط میزان قند خون هموگلوبین گلیکوزیله افراد گروه های مداخله در مقایسه با گروه کنترل پس از شرکت در جلسات "درمان تلفیقی درمان متمرکز بر شفقت و درمان پذیرش و تعهد" و "درمان شناختی رفتاری" تفاوت معناداری وجود نداشت و در مطالعه پیگیری ۲ ماه هم چنان معنادار نبود.

نتایج مطالعه Tanenbaum و همکاران (۱۲) نشان داد که "درمان متمرکز بر شفقت" با کاهش هموگلوبین گلیکوزیله در بیماران مبتلا به دیابت همبستگی دارد. بعلاوه، مطالعه دادرس و همکاران (۲۱) با عنوان اثربخشی "درمان شناختی رفتاری" را بر کاهش قند خون، نشان داد که نتایج ۲ مطالعه مذکور با نتایج پژوهش حاضر همسو نیست. در بیان عدم همسوئی پژوهش حاضر در زمینه هموگلوبین گلیکوزیله قابل ذکر است که، مطالعات نشان داد که افسردگی در زنان مبتلا به دیابت با کنترل ناکافی قند خون و افزایش

دار و مدت ابتلا به بیماری دیابت نوع ۲ از محدودیت های پژوهش حاضر است.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکتر رشته روانشناسی شهین خیاطان و به راهنمای آقای دکتر اصغر آقایی می- باشد که در دانشگاه آزاد اسلامی واحد (اصفهان) خوراسگان با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1397.037 و ثبت کارآزمایی بالینی با کد IRCT20180607039996N1 مورد

تایید قرار گرفته است. در پایان از مدیریت محترم درمان، ریاست محترم آموزشی پژوهشی، ریاست محترم و کارکنان عزیز مرکز دیابت شهید شعبانی شهر اصفهان و کلیه بیماران مبتلا به دیابت شرکت کننده در پژوهش، تشکر و قدردانی می شود.

تعارض منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچگونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

References

- American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2014; 37 (supplement 1): 581-590. <https://doi.org/10.2337/dc14-S081>
- Aerab Shaibani K. [The effectiveness of intervention based on acceptance and commitment on emotions and thoughts control in patients with type II diabetes]. *Journal of Fundamentals of Mental Health, Mashhad University of Medical Sciences*. 2017; (23): 341-7. <http://jfmh.mums.ac.ir>
- Pourghasem M, Shafi H, Babazadeh Z. [Histological changes of kidney in diabetic nephropathy]. *Caspian Journal of Internal Medicine*. 2015; 6(3): 120-7. PMID: 26644877; PMCID: PMC4650785.
- Safren SA, Gonzalez JS, Wexler DJ, Psaros C, Delhanty LM, Blashill AJ, Margolina Ai Cagliero E. A randomized controlled trial of Cognitive Behavioral Therapy for Adherence and Depression (CBT-AD) in patient with uncontrolled type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2014; 37 (3): 625-33. <https://doi.org/10.2337/dc13-0816>
- Williams L E, Miller D R, Fincke G, Lafrance G P, Etzioni R, Maynard Ch, Gregory J, Raugi G J, Reiber GJ, Depression and incident lower limb amputations in veterans with diabetes. *Journal of Diabetes and its Complications*. 2011 <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2010.07.002>
- Hassan K, Loar R, Anderson B J, Heptulla RA. The role of socioeconomic status, depression, quality of life & glycemic control in type 1 diabetes mellitus. *The Journal of Pediatrics*. 2006; 149 (4):526-31. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2006.05.039>
- Paschalides C, Wearden AJ, Dunkerley R, Bundy C, Davies R, Dickens CM. The associations of anxiety, depression and personal illness representations with glycemic control and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*. 2004; 57(6):557-64. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.03.006>
- Oussama MN. Guidelines for the Prevention, Management and Care of Diabetes Mellitus. World Health Organization. 2006. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/119799>
- Neff K D. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*. 2003; 2(3): 223-50. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Gilbert P. The origins and nature of Compassion Focused Therapy. *British Journal of Clinical Psychology*. 2014; 53(1): 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of Compassion-Focused Therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine*. 2015; 45 (5):927-45. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002141>
- Tanenbaum ML, Adams RN, Gonzalez JS, Hanes SJ, Hood KK. Adapting and validating a measure of diabetes-specific self-compassion. *Journal of Diabetes and its Complications*. 2018 32(2): 196-202 <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2017.10.009>
- Khayatan SH, Aghaei A, Abedi M, Golparvar M. [Effectiveness of Compassion-Acceptance and Commitment Combined Therapy with cognitive-behavioral therapy on psychological well-being in female with type II diabetes]. *Iranian Journal of Diabetes and Obesity*. 2020; 12(2): 69-75.
- Friis A, Nathan S, Consedine H, Malcolm H.

- Johnson H. Does kindness matter? Diabetes, depression, and self-compassion: A selective review and research agenda. *Spectrum Diabetes Journal*. 2015; 28(4): 252- 7. <https://doi.org/10.2337/diaspect.28.4.252>
15. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Journal of Behavior Research and Therapy*. 2006; 44(1): 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
 16. Hiratzka J, Rastegar F, Contag AG, Norvell DC, Anderson PA, Hart RA. Hart RA. Adverse event recording and reporting in clinical trials comparing lumbar disk replacement with lumbar fusion: A systematic review. *Global Spine Journal*. 2015; 5 (6):486-95. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1567835>
 17. Niemeier HM, Leahey T, Reed KP, Brown RA, Wing RR. An Acceptance-Based Behavioral intervention for weight loss: A pilot study. *Behavior Therapy*. 2012; 43(2): 427-35. Pmid: 22440077. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.10.005>
 18. Mohammadi Khashouei M, Ghorbani M, Tabatabaei F. The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on self-efficacy, perceived stress and resiliency in type II diabetes patients. *Global Journal of Health Science*. 2017; 9(5): 18-26. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v9n5p18>
 19. Mahmoudi F, Maddahi ME, Poursharifi H, Meschi F. [Comparison of the effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy and Cognitive -Behavioral Group Therapy on quality of life, anxiety and depression in patients with functional indigestion]. *Journal of Health Promotion Management*. 2019; 8(4): 43-52.
 20. Marshall GD, Agarwal SK. Stress, immune regulation, and immunity: Applications for asthma. *Allergy and Asthma Proceedings Ocean Side Publications, Inc*. 2000; 21(4): 241-6. <https://doi.org/10.2500/108854100778248917>
 21. Dadras S, Alizadeh, S, Tavakoli Mehr M, Ghavam F. [The study of the effect of stress management through Behavioral Cognitive Group Therapy on the control of diabetes and the improvement of quality of life and stress in diabetic women in Urmia]. *The Journal of Urmia University of Medical Sciences*. 2015; 26(8): 704-15. <http://eprints.umsu.ac.ir/id/eprint/3120>
 22. Hermans N, Schmit A, Gahr A, Herder CH, Nowotny B, Roden M, Ohmann CH, Kruse J, Haak T, Kulzer B. The effect of a Diabetes-Specific Cognitive Behavioral Treatment Program (DIAMOS) for patients with diabetes and subclinical depression: Results of a randomized controlled trial. *abetes Care*. 2015,38 (4): 55-60. <https://doi.org/10.2337/dc14-1416>
 23. Sudman S. *Applied Sampling*. Nueva York: Academic Press. 1976. doi.org/10.24201/edu.V11i01.388
 24. Seligman M E P, Rashid T, Parks A C. Positive psychotherapy. *American Psychologist*. 2006; 61(8): 774-88. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.8.774>
 25. Moayed far H, Yaghobi H, Abadi HH, Mahdavian A. [Correlation between perfectionism and depression of students by mediation of rumination]. *Journal of Health Promotion Management*. 2018; 7(6): 1-7. doi: 10.21859/jhpm-07061.
 26. Stefan-Dabson K, Mohammadkhani P, Massah-Choulabi O. Psychometrics characteristic of Beck Depression Inventory-II in patients with major depressive disorder. *Journal of Rehabilitation*. 2007; 8(29):80-2. <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-135-en.html>
 27. Sepehrmanesh Z, Kolahdoz F, Abedi F, Mazroii N, Assarian A, Asemi Z, et al. Vitamin D supplementation affects the Beck Depression Inventory, insulin resistance and biomarkers of oxidative stress in patients with major depressive disorder: A randomized controlled clinical trial. *Journal of Nutrition*. 2016; 146(2): 243-8. <https://doi.org/10.3945/jn.115.218883>
 28. Yadegari N, Maqami Sharif Z, Borjali A. [The relationship between attachment styles, anxiety and depression]. *International Conference on Research in Behavioral and Social Science, Turkey, Istanbul, 2015*. <https://civilica.com/doc/441062/>
 29. Yoo JS, Lee SJ, Lee HC, Kim MJ. The effect of a comprehensive life style modification on glycemic control and body composition in patients with type 2 diabetes. *Journal of Asian Nursing Research*. 2007; 1(2): 106-15. [https://doi.org/10.1016/S1976-1317\(08\)60013-4](https://doi.org/10.1016/S1976-1317(08)60013-4)
 30. Gilbert P. Introducing compassion focused therapy. *Journal of Advances in Psychiatric Treatment*. 2009; 15(3): 199-208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>

31. Hayes L, Boyd CP, Sewell J. Acceptance and Commitment Therapy for the treatment of adolescent depression: A pilot study in a psychiatric outpatient setting. *Journal of Mindfulness*. 2011.2. 86-94. <https://doi.org/10.1007/s12671-011-0046-5>
32. Free ML, Elliot CH. Cognitive therapy in groups: Guidelines and resources for practice. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2001;15(2):147-49. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.15.2.147>
33. Khalatbari A, Ghorbanshiroudi S, Zarbakhsh MR, Tizdast T. [Comparison of the effectiveness of Compassion-Focused Therapy and treatment based on Acceptance and Commitment to craving, quality of life and psychological distress in patients with type 2 diabetes]. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 2021; 9(4): (series 36); 7-24.
34. Seyyed Jafari J, Borjali A, Sherafati Sh, Panahi M, Dehnashilatan T, Oboodyat S. [The effectiveness of Compassion-Focused Therapy on resilience and life expectancy in type diabetes mellitus 2]. *Journal of Psychological Science*. 2020; 19(92); 945-55. URL:<http://psychologicalscience.ir/article-1-705-fa.html>
35. Melton L. Development of an Acceptance and Commitment Therapy Workshop for diabetes. *Clinical Diabetes*. 2016; 34(4): 211-13. <https://doi.org/10.2337/cd15-0040>
36. Vander Ven NCW, Lubach CHC, Hogenelst MHE, Van Iperen A, Tromp-Wever AME, Vriend A, et al. Cognitive Behavioral Group Training (CBGT) for patients with type 1 diabetes in persistent poor glycemic control: Who do we reach? *Patient Education Counseling*. 2005; 56(3): 313-22. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.03.005>
37. Hayes S C, Strosahl K, Wilson K G. *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. 1999. New York: Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/1999-04037-000>
38. Hofmann S G, Asmundson G J. Acceptance and Mindfulness-Based Therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*. 2008; 28(1); 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.09.003>
39. Kaholokula JK, Haynes SN, Grandinetti A, Chang HK. Biological, psychosocial, and sociodemographic variables associated with depressive symptoms in persons with type 2 diabetes. *Journal of Behavior Medicine*. 2003; 26(5): 435-58 <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.09.003>
40. Grandinetti A, Kaholokula JK, Crabbe KM, Kenui CK, Chen R, Chang HK. Relationship between depressive symptoms and diabetes among native Hawaiians. *PsychNeuroendocrinology*. 2000; 25(3): 239-246. [https://doi.org/10.1016/S0306-4530\(99\)00047-5](https://doi.org/10.1016/S0306-4530(99)00047-5)