

مقاله اصلی

بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اجتناب شناختی- رفتاری و فعالیتهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۲۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۱/۲۲

خلاصه

مقدمه: با توجه به اینکه دیابت عوارض روانی، جسمانی، ارتباطات فردی، خانوادگی و اجتماعی و درک افراد از سلامت خود را به همراه دارد بنابراین هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اجتناب شناختی- رفتاری و فعالیتهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می باشد.

روش کار: روش پژوهش آزمایشی بوده و از طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان و مردان متأهل مبتلا به دیابت نوع ۲ شهر اهواز می باشد که در سال ۱۴۰۰ عضو انجمن دیابت این شهر بودند. برای گردآوری اطلاعات از این جامعه آماری، ۴۰ نفر از این بیماران با استفاده از مصاحبه تشخیصی، مصاحبه شفاهی و بر اساس ملاکهای ورود و خروج، غربالگری و به صورت هدفمند انتخاب شدند و بعد از همسان سازی به روش زوج و فرد، به صورت گمارش تصادفی در ۲ گروه ۲۰ نفره، (گروه آزمایش با روش درمان فراتشخیصی یکپارچه (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) جایگزین شدند. ابزارهای تحقیق شامل مقیاس اجتناب شناختی- رفتاری (انتبرگ و دابسون، ۲۰۰۴) و مقیاس فعالیتهای خودمراقبتی دیابت (توربت و همکاران، ۲۰۰۰) بود. داده ها از طریق تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) و تک متغیری (ANCOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: نتایج نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اجتناب شناختی- رفتاری و فعالیتهای خودمراقبتی مؤثر می باشد ($p < 0.05$).

نتیجه گیری: به نظر می رسد که این مداخله می تواند باعث کاهش اجتناب شناختی- رفتاری و افزایش فعالیتهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ گردد.

کلمات کلیدی: درمان فراتشخیصی یکپارچه، اجتناب شناختی- رفتاری، فعالیتهای خودمراقبتی، دیابت

فاطمه باقری فرد^۱

کبری کاظمیان مقدم^{۲*}

سحر صفرزاده^۳

فرشاد بهاری^۴

^۱ دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد

اسلامی، اهواز، ایران

^۲ استادیار، گروه روان شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد

اسلامی، دزفول، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار، گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد

اسلامی، اهواز، ایران

^۴ استادیار، گروه مشاوره، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی،

اراک، ایران

Email: k.kazemian@yahoo.com

مقدمه

از جمله مسائل مهم بهداشتی که هر ساله هزینه‌های بسیاری را بر نظام درمانی کشورها تحمیل می‌کند، بیماری‌های مزمن می‌باشد (۱). یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن که امروزه طیف وسیعی از جمعیت انسانی به آن مبتلا هستند، دیابت است که علاوه بر جسم، بر خصوصیات روانی، عملکرد فردی و اجتماعی نیز تأثیر می‌گذارد (۲). دیابت پنجمین علت مرگ و میر و چهارمین علت شایع مراجعه به پزشک در جوامع غربی می‌باشد، به گونه‌ای که ۱۲ درصد هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را در کشورهای غربی به خود اختصاص داده است (۳). در این بیماری سوخت و ساز کربوهیدرات، چربی و پروتئین دچار مشکل شده و به دلیل فقدان ترشح انسولین (دیابت نوع ۱) یا در اثر کاهش حساسیت بافت‌های هدف نسبت به آثار متابولیک انسولین (دیابت نوع ۲) ایجاد می‌شود (۴). طی آخرین مطالعات ۴۱۵ میلیون نفر بیمار دیابتی در سراسر جهان زندگی می‌کنند و با وجود افزایش دانش در رابطه با این بیماری، بروز و شیوع این بیماری در سراسر جهان در حال افزایش است (۵). برآوردها نشان می‌دهند که حدود ۹۰ تا ۹۵ درصد افراد مبتلا به دیابت در جهان مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌باشند (۶). در مطالعه همه‌گیر شناختی درباره شیوع دیابت نوع ۲ در ایران، تعداد مبتلایان بیش از ۱/۵ میلیون نفر تخمین زده شده است که به تناسب جنسیت ۱۰ درصد در مردان و ۱۰/۴ درصد در زنان برآورد می‌گردد (۷) و سازمان بهداشت جهانی (۸) اعلام کرده است که شیوع دیابت تا سال ۲۰۲۵ در ایران حدود ۶/۸ درصد خواهد شد.

این بیماری عوارض جبران‌ناپذیری را بر عملکرد روانی، جسمانی، ارتباطات فردی، خانوادگی و اجتماعی و درک افراد از سلامت خود گذاشته (۹) که در نتیجه، این بیماران برای مقابله با فشارهای روانی مختلف ناشی از این بیماری از سبک‌های مقابله‌ای مختلفی مانند سبک اجتناب شناختی-رفتاری استفاده نمایند (۱۰). اجتناب، به رهایی از شخص، عمل یا شی اشاره دارد که به طور موقت موجب کاهش اضطراب در فرد گردیده، اما در بلندمدت موجب حفظ و افزایش اضطراب می‌شود (۱۱). اجتناب دارای دو بعد شناختی و رفتاری می‌باشد (۱۲).

اجتناب شناختی نیز انواع راهبردهای ذهنی هستند که بر اساس آن افراد افکار خویش را در جریان موقعیت‌های مختلف تغییر می‌دهند (۱۴). راهبردهایی از جمله حواس پرتی، نگرانی، توقف فکر و هر راه‌حلی است که فرد را از مواجهه با افکار منفی و مشکلات ناخواسته دور کند (۱۵). در واقع زمانی که فرد با تهدیدی درباره وقوع یک رخداد در آینده مواجهه است و امکان پاسخ برای او فراهم نیست، از پاسخ اجتناب شناختی استفاده می‌کند (۱۶). استفاده از این سبک‌های مقابله‌ای موجب کاهش استفاده از فعالیت‌های لذت‌بخش، دچار شدن به احساس غمگینانه و ایجاد فاصله بین فرد و دنیای بیرونی می‌شود که در نهایت می‌تواند باعث شود فرد به مشکلات روان شناختی دچار شود (۱۷). دانهی و استویا (۱۸) معتقدند اجتناب شناختی-رفتاری مانع از ارائه پاسخ مؤثر افراد به محرک‌های هیجان‌زا شده و فرد را در مدیریت هیجان‌های خود تضعیف می‌کند، از این رو به عنوان یک عامل راهبردی و کارآمد شناخته نمی‌شود. تحقیقات نشان می‌دهند که افراد دیابتی در مسائل شناختی از مشکلات بیشتری نسبت به افراد سالم برخوردار هستند که این مشکلات به پردازش شناختی و مشکل در حافظه آنها برمی‌گردد (۱۹). یافته‌های هولوی، هیمبرگ و کولز (۲۰) نشان داد که اجتناب شناختی رفتاری نقش مهمی در کاهش کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری‌های مزمن دارد. برنندز و همکاران (۲۱) براساس تحقیقات انجام شده و به روش فراتحلیل گزارش کردند که در بیماران دیابت نوع ۲ کاهش معناداری در شناخت کلی، سرعت پردازش اطلاعات، کارآیی حرکتی-روانی، توجه دیداری و مستمر و ادراک بینایی وجود دارد که از علائم بارز اجتناب شناختی رفتاری می‌باشند. به علاوه، لاستمن و گاوارد (۲۲) معتقدند که اجتناب از بیماری در مبتلایان به دیابت بسیار زیاد است و مشکل اصلی عمل نکردن به فعالیت‌های درمانی را اجتناب رفتاری و شناختی می‌دانند (۲۱).

از سوی دیگر، یکی از عواملی که عوارض بیماری دیابت نوع ۲ را کاهش می‌دهد، فعالیت‌های خودمراقبتی است (۲۳). خودمراقبتی به فعالیت‌های مراقبت از خود، از جمله مصرف دارو

به صورت مناسب، پایش نوسانات سلامت و حفظ سبک زندگی سالم گفته می‌شود (۲۴) فعالیت‌های خودمراقبتی در مبتلایان به بیماری‌های مزمن از اهمیت بسزایی برخوردار است و آنها می‌توانند با کسب مهارت‌های مراقبت از خود، بر آسایش، بهبود عملکرد و فرایندهای مراقبت از خود تأثیر گذار باشند (۲۵). از مهم‌ترین فعالیت‌های خودمراقبتی در بیماران دیابتی می‌توان به رعایت رژیم غذایی سالم و متعادل، پیگیری درمان‌های دارویی، پایش سطح گلوکز برای تنظیم رژیم غذایی، سطح فعالیت‌ها و تجویز درمان اشاره کرد (۲۶). با توجه به تأثیر فعالیت‌های خودمراقبتی در تعیین سطوح قند خون و نتایج بیماری دیابت، مهم‌ترین عامل زمینه‌ساز مرگ و میر این بیماران را می‌توان عدم انجام فعالیت‌های خودمراقبتی دانست. امروزه بسیاری از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که کنترل قند خون و مدیریت دیابت بدون انجام فعالیت‌های خودمراقبتی میسر نمی‌شود (۲۷) و عدم انجام این فعالیت‌ها منجر به چهار برابری عوارض دیابت می‌شود (۲۸) و این عوارض بر سازگاری روانی بیمار دیابتی اثر منفی می‌گذارد (۲۹). درحالی که هدف اصلی تمامی اقدامات درمانی دیابت در جهان کاستن از عوارض خطرناک آن است (۳۰).

بنابر شواهد و مطالعات در حال حاضر، الگوی مدل پزشکی به تنهایی پاسخگوی بسیاری از نیازها و مشکلات دیابت نیست. چرا که بسیاری از عوامل مانند مشکلات روان‌شناختی و هیجانی مانع انجام و تداوم مراقبت‌های پزشکی می‌شود (۳۱). از این رو برای کمک به این بیماران علاوه بر درمان‌های پزشکی، درمان‌های روان‌شناختی متعددی در طول سال‌های متوالی بکار رفته است. یکی از درمان‌هایی که اخیراً برای کمک به افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و پاسخ‌گویی به نیازها و مشکلات آنها ابداع شد، درمان فراتشخیصی یکپارچه می‌باشد (۳۲). این رویکرد درمانی یکی از درمان‌های جدید است که طی سال‌های اخیر توسط بارلو و همکاران (۳۳) تدوین شده است. این رویکرد درمانی، مبتنی بر هیجان است و تجربه هیجانی و پاسخ به هیجان‌ها پایه‌های اصلی در آن است (۳۴). هدف اصلی در درمان فراتشخیصی یکپارچه این است که بیماران مهارت‌هایی را کسب کنند که بتوانند به شیوه‌ای مؤثر هیجان‌های منفی را

مدیریت کنند (۳۵). در این رویکرد، افکار، رفتارها و احساسات با هم تعامل پویایی دارند و هر یک در تجربه هیجانی تأثیر دارند (۳۳). در واقع این روش درمانی با ادغام مؤلفه‌های مشترک درمان شناختی-رفتاری برای اختلال‌های هیجانی و با استفاده از آخرین پیشرفت‌ها در حوزه علم هیجان، تلاش می‌کند تا فرایندهای اصلی سبب‌ساز اختلال‌های هیجانی را مورد آماج قرار دهد (۳۶). با اینکه این درمان ریشه در سنت شناختی رفتاری دارد (۳۵)، ولی بر هیجان‌ها و راهبردهای سازش نیافته تنظیم هیجان‌ها تأکید می‌کند (۳۳) و در این شیوه اصول و پروتکل‌های درمانی یکسانی برای اختلال‌های هیجانی و روان‌شناختی مختلف به کار می‌رود (۳۷). بررسی تحقیقات انجام شده در خارج و داخل در ارتباط با اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه نشان داده که این رویکرد درمانی بر کاهش اجتناب تجربی و تحمل پریشانی (۳۲)؛ مهارت تنظیم هیجان، کیفیت زندگی و اختلال عملکرد (۳۸)؛ کاهش اختلال‌های اضطرابی (۴۲-۳۹)، اختلالات عاطفی (۴۳)؛ اجتناب رفتاری و هیجانی (۴۴)، نشخوار فکری (۴۰، ۴۵)؛ پریشانی روان‌شناختی و تبعیت از درمان بیماران دیابتی نوع ۲ (۷)؛ نشخوار فکری در بیماران دیابتی (۴۶)؛ نگرانی (۴۷)؛ بهبود افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجان (۴۸)؛ کاهش افسردگی، و افزایش تعهد به درمان و کنترل قند خون بیماران دیابتی نوع ۲ (۴۹) و نیز کاهش نشانه‌های اختلالات هیجانی (۵۰) اثرگذار بوده است.

به طور کلی با توجه به شیوع روزافزون دیابت نوع ۲، تدوین و گسترش مداخلات درمانی کوتاه‌مدت که فعالیت‌های خودمراقبتی را در این بیماران افزایش دهد و از سوی دیگر موجب شود از رفتارهای اجتنابی با توجه به آسیب‌های احتمالی که در پی دارد، کمتر استفاده نمایند، ضروری است. از سوی دیگر بررسی پیشینه پژوهشی و دیگر مطالعات مرتبط نشان می‌دهد که درمان فراتشخیصی یکپارچه روی مؤلفه‌های گوناگون روان‌شناختی در جامعه‌های آماری گوناگون تأثیر معنادار دارد. اما نکته‌ای که در این بین مطرح است، پژوهشی در داخل کشور به بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر فعالیت‌های خودمراقبتی و اجتناب شناختی-رفتاری در افراد مبتلا به دیابت

دیابت و عدم وجود نقص در کارکردهای عصب شناختی، عدم بستری به خاطر مشکلات روان شناختی در ۶ ماه اخیر بودند. همچنین معیارهای خروج از پژوهش شامل: غیبت بیش از ۲ جلسه، دارا بودن اختلال حاد سایکوتیک، بنا به تشخیص روان شناس مجری طرح و مصاحبه به عمل آمده، شرکت همزمان در درمان‌های دیگر، وجود بیماری پزشکی جدی و محدود کننده دیگر که موجب کاهش کیفیت زندگی و سلامت روانی شود، سوء مصرف مواد، اعلام عدم تمایل به همراهی در حین اجرای پژوهش و دارا بودن اختلالات جسمانی مزمن مانند فشار خون و سرطان و ممکن نبودن پیگیری بیمار طی مرحله مداخله بود.

ملاحظات اخلاقی

- ۱- کسب رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان (فرم رضایتی در قبل از آغاز جلسه ی اول از آنها گرفته شد)
- ۲- محرمانه ماندن نام و مشخصات شرکت کنندگان
- ۲- خروج داوطلبانه شرکت کنندگان از پژوهش

ابزار پژوهش

الف: مقیاس اجتناب شناختی - رفتاری: (CBAS)

مقیاس اجتناب شناختی- رفتاری توسط اتبرگ و دابسون (۱۱) تهیه شده است. این مقیاس ۳۱ ماده دارد و پاسخ‌های آن براساس لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (برای در مورد من اصلاً صحیح نیست) تا ۵ (در مورد من کاملاً صحیح است) نمره- گذاری می‌شوند. اتبرگ و دابسون (۲۰۰۴) در پژوهش خود روایی سازه این مقیاس را از طریق تحلیل عامل تأییدی مورد بررسی قرار دادند و گزارش کردند که تمام گویه‌های زیر مقیاس، روی مقیاس‌های مربوط به خود به طور قوی و معنادار از بار عاملی مطلوبی برخوردار بودند. همچنین برای بررسی پایایی این مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ به دست آمد. در ایران نیز ولیان، سودانی، شیرالی‌نیا و خجسته مهر (۵۱) برای بررسی پایایی این مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده کردند که ضریب آلفا برای کل مقیاس ۰/۷۲ دست آمد. روایی این مقیاس نیز، به روش همسانی درونی و از طریق همبستگی‌های بین خرده مقیاس‌های این مقیاس با نمره کل محاسبه شد و نتایج

نوع ۲ نپرداخته است و خلاء مطالعاتی و فقر پژوهشی بزرگی در این زمینه وجود دارد. بنابراین هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر افزایش فعالیت‌های خودمراقبتی و کاهش اجتناب شناختی- رفتاری در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌باشد.

روش کار

طرح پژوهش آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان و مردان متأهل مبتلا به دیابت نوع ۲ شهر اهواز می‌باشد که در سال ۱۴۰۰ عضو انجمن دیابت این شهر بودند. برای گردآوری اطلاعات از این جامعه ابتدا لیستی از شماره تلفن‌های اعضای انجمن اخذ و در مرحله بعد از طریق فراخوان از آن‌ها برای شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد. در ادامه ۴۰ نفر از افراد متقاضی و داوطلب به شرکت در پژوهش با استفاده از مصاحبه تشخیصی و شفاهی غربال‌گری و به صورت هدفمند انتخاب شدند و بعد از همسان‌سازی بر اساس ویژگی‌های جمعیت شناختی مانند سن، جنس و سابقه بیماری به روش تصادفی در ۲ گروه ۲۰ نفره، گروه آزمایش با روش درمان فراتشخیصی یکپارچه (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) گمارده شدند. در ابتدا شرکت‌کنندگان دو گروه مقیاس‌های پژوهش را تکمیل نمودند. سپس آزمودنی‌های گروه آزمایش تحت درمان فراتشخیصی یکپارچه قرار گرفتند، درحالی آزمودنی‌های گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اجرای مداخله بار دیگر دو گروه در شرایط مساوی پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند و داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تک‌متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

معیارهای ورود و خروج از پژوهش

معیارهای ورود به پژوهش شامل: تشخیص پزشک متخصص داخلی یا غدد مبنی بر بیماری دیابت نوع ۲، متأهل بودن، دارا بودن سنین ۳۰ تا ۶۰ سال، ابراز علاقه به همکاری در پژوهش، توانایی خواندن و نوشتن و تکمیل فرم رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی همزمان با

کرونیخ ۰/۷۶ و روایی محتوایی آن را رضایت بخش توصیف کرده‌اند (سید نور و همائی، ۱۳۹۸). به علاوه، رحیمیان بوگر، بشارت، مهاجری تهراتی، و طالع‌پسند (۱۳۹۰) در پژوهش خود به منظور بررسی روایی این مقیاس، همبستگی‌های بین ماده‌های این مقیاس را با نمره کل محاسبه کردند و نتایج نشان داد که هر ماده دارای همبستگی معنادار با نمره کل مقیاس دارد (۰/۶۷ تا ۰/۸۸) و پایایی آن را از طریق روش آلفای کرونیخ ۰/۸۴ گزارش گردید. کریمی و همکاران (۲۹) نیز به منظور بررسی پایایی این مقیاس از روش آلفای کرونیخ استفاده کردند و ضریب آلفای کل مقیاس را ۰/۹۳ و برای زیرمقیاس‌ها ضرایب را از ۰/۸۴ تا ۰/۹۴ گزارش نموده‌اند. در پژوهش حاضر نیز نمره کل این مقیاس از طریق روش آلفای کرونیخ (۰/۷۹) به دست آمد که با توجه به آن می‌توان نتیجه گرفت که این مقیاس از پایایی مطلوبی در پژوهش حاضر برخوردار است.

پروتکل درمان

درمان فرانتشخیصی یکپارچه: درمان فرانتشخیصی یکپارچه بر اساس راهنمای درمانی اختلال‌های هیجانی (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱) می‌باشد که طی ۱۲ جلسه و هر جلسه بین ۵۰ تا ۶۰ دقیقه به طول می‌انجامد.

نشان داد که هر مؤلفه دارای همبستگی معنادار با نمره کل مقیاس دارد (۰/۵۴ تا ۰/۸۸). در پژوهش حاضر نیز برای بررسی پایایی کل این پرسشنامه از روش آلفای کرونیخ استفاده شد و با توجه به ضریب به دست آمده (۰/۷۷) می‌توان نتیجه گرفت که این مقیاس از پایایی مطلوبی در پژوهش حاضر برخوردار است.

ب: مقیاس فعالیت‌های خودمراقبتی دیابت: (SDS-CS)

مقیاس فعالیت‌های خودمراقبتی دیابت توسط توپرت، هامپسون و گلاسگو (۵۲) تهیه شده است. این مقیاس ۱۵ ماده دارد، جنبه‌های رژیم غذایی شامل رژیم کلی و رژیم خاص، ورزش، اندازه‌گیری قند خون، مراقبت از پا، تبعیت از دستورات دارویی، سیگار کشیدن و توصیه‌های پزشک در مود خود را مورد سنجش قرار می‌دهد و پاسخ‌های آن براساس لیکرت هشت درجه‌ای از صفر (در هفت روز گذشته هیچ فعالیت خودمراقبتی نداشته است) تا ۷ (هر هفت روز گذشته فعالیت‌های خودمراقبتی را انجام داده است) نمره گذاری می‌شوند. توپرت و همکاران (۲۰۰۰) همسانی درونی این مقیاس را با استفاده همبستگی گویه‌ها، مناسب و از ۰/۴۷ تا ۰/۸۰ گزارش کردند. کواهارا و همکاران (۲۰۰۴) نیز روایی و پایایی این مقیاس را بررسی نموده‌اند که پایایی این مقیاس را از طریق آلفای

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان فرانتشخیصی یکپارچه با اقتباس از بارلو و همکاران (۳۳)

جلسه	اهداف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف خانگی
جلسه‌ی نخست	افزایش انگیزه و ارائه منطق درمان	افزایش انگیزه، مصاحبه‌ی انگیزشی برای مشارکت و درگیری بیمارانی طی درمان، ارائه منطق درمان و تعیین اهداف درمان و اجرای پیش‌آزمون	-	-
جلسه‌ی دوم	شناخت هیجانات	ارائه آموزش روانی، بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی	بازنگری در ابراز هیجانات	بازنویسی هیجانات منفی و مثبت
جلسه‌ی سوم و چهارم	پذیرش هیجانات و آگاهی از آن‌ها	آموزش آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهده‌ی هیجانی، (هیجان‌ها و واکنش‌های هیجان‌ها) با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی	دیدن هیجانات منفی و پذیرش بدون قضاوت آن‌ها	استفاده از نظر و دیدگاه نزدیک‌ترین شخص در مورد هیجانات
جلسه‌ی پنجم	بازاریابی هیجانات	ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی؛ ایجاد آگاهی از تأثیر ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک و دام‌های شایع تفکر و ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر	مواجهه با هیجانات منفی و مقابله با آن‌ها	قبل از ابراز هیجان شناخت و بازنگری آن در منزل

تمرین مواجهه با هیجانات	اجتناب از هیجانات منفی و مقابله‌ی منطقی و تحلیل محتوای هیجانات در منزل	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان؛ آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان	اجتناب هیجانی و تأثیرات آن	جلسه‌ی نهم
اجتناب از رفتارهای تخریب کننده مبتنی بر هیجانات	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان، آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تأثیر آن‌ها روی تجارب هیجانی، شناسایی (EDBs) ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین به واسطه‌ی رویارویی شدن با رفتارها	شناخت رفتارهای مرتبط با هیجان	جلسه‌ی هفتم	
تکنیک پوشش بدن و تمرین در منزل	پذیرش احساسات منفی بدنی	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی، افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه و رویارویی احساسی به منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم	جستجوی احساسات بدنی	جلسه‌ی هشتم
برگه سلسله مراتب ترس و تکمیل در منزل	رویارویی با احساساتی نظیر ترس و اضطراب	رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت؛ آگاهی یافتن از منطق رویارویی، آموزش نحوه‌ی تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین‌های مواجهه‌ی هیجانی مکرر و اثربخش به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب	منطق رویارویی با هیجانات	جلسه‌ی نهم، دهم و یازدهم
-	-	مرور کلی مفاهیم درمان و بحث درباره‌ی بهبودی و پیشرفت‌های درمانی و اجرای پس‌آزمون	نتیجه‌گیری	جلسه‌ی دوازدهم

نتایج

میانگین و انحراف معیار نمره متغیرهای پژوهش در گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ درج شده‌اند.

جدول ۲. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه				آماره	متغیر
گروه کنترل		گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه			
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون		
۹۰/۷۵	۹۲/۰۵	۷۷/۶۵	۹۱/۷۰	میانگین	اجتناب شناختی- رفتاری
۶/۰۹	۵/۶۷	۱۱/۳۰	۱۰/۷۳	انحراف معیار	
۴۶/۲۰	۴۴/۸۵	۵۵/۵۵	۴۴/۶۵	میانگین	فعالیت‌های خود مراقبتی
۶/۸۹	۶/۳۳	۸/۳۴	۸/۱۵	انحراف معیار	

فعالیت‌های خود مراقبتی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه به ترتیب (۴۴/۸۵ و ۵۵/۵۵) و در گروه کنترل (۴۴/۸۵ و ۴۶/۲۰) و است. برای بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر کاهش اجتناب

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمره-های اجتناب شناختی- رفتاری در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه به ترتیب (۹۱/۷۰ و ۷۷/۶۵) و در گروه کنترل (۹۲/۰۵ و ۹۰/۷۵)، و

شناختی-رفتاری و فعالیت‌های خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، ابتدا یک تحلیل کوواریانس چندمتغیری انجام گرفت. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته گروه آزمایش و گروه کنترل

اثر	آزمون	ارزش F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر پیلاهی	۰/۸۱۴	۷۶/۸۲۰	۲	۳۵	۰/۰۰۱	۰/۸۱۴
لمبدای ویلکز	۰/۱۸۶	۷۶/۸۲۰	۲	۳۵	۰/۰۰۱	۰/۸۱۴
اثر هتلینگ	۴/۳۹۰	۷۶/۸۲۰	۲	۳۵	۰/۰۰۱	۰/۸۱۴
بزرگترین ریشه روی	۴/۳۹۰	۷۶/۸۲۰	۲	۳۵	۰/۰۰۱	۰/۸۱۴

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد، در مرحله پس‌آزمون بین گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و گروه کنترل از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته (اجتناب شناختی- رفتاری و فعالیت‌های خودمراقبتی) تفاوت معناداری وجود دارد. همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد، در مرحله پس‌آزمون بین گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و گروه کنترل از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته (اجتناب شناختی- رفتاری و فعالیت‌های خودمراقبتی) تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای بررسی تفاوت پس‌آزمون متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع شاخص‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
اجتناب شناختی- رفتاری	۱۶۱۸/۱۵۷	۱	۱۶۱۸/۱۵۷	۱۲۶/۹۳۶	۰/۰۰۱	۰/۷۷۹
فعالیت‌های خود مراقبتی	۹۰۲/۷۴۶	۱	۹۰۲/۷۴۶	۶۳/۰۹۴	۰/۰۰۱	۰/۶۳۷

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد، نسبت F تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای متغیر اجتناب شناختی-رفتاری بین گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و گروه کنترل از لحاظ اجتناب شناختی-رفتاری تفاوت وجود دارد. علاوه بر این، همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد، نسبت F تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای متغیر فعالیت‌های خود مراقبتی (F=۶۳/۰۹۴ و P<۰/۰۰۱) به دست آمد. این یافته نشان می‌دهد که درمان فراتشخیصی یکپارچه و گروه کنترل از لحاظ فعالیت‌های خود مراقبتی تفاوت معنادار وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اجتناب شناختی-رفتاری و فعالیت‌های خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ شهر اهواز انجام گردید. همان‌طور که

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد، نسبت F تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای متغیر اجتناب شناختی-رفتاری بین گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و گروه کنترل از لحاظ اجتناب شناختی-رفتاری تفاوت وجود دارد. علاوه بر این، همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد، نسبت F تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای متغیر فعالیت‌های خود مراقبتی (F=۶۳/۰۹۴ و P<۰/۰۰۱) به دست آمد. این یافته نشان می‌دهد که درمان فراتشخیصی یکپارچه و گروه کنترل از لحاظ فعالیت‌های خود مراقبتی تفاوت معنادار وجود دارد.

دست آمده در این پژوهش) و نیز کاهش افکار و باورهای فراشناختی ناکارآمد به طور غیرمستقیم منجر به کاهش اجتناب شناختی و رفتاری در بیماران از جمله بیماران مبتلا به دیابت می‌شود. از سوی دیگر، نتایج نشان داد، تفاوت بین میانگین تعدیل یافته گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و گروه کنترل از لحاظ فعالیت‌های خودمراقبتی معنادار است و نشان‌دهنده این است که درمان فراتشخیصی یکپارچه در گروه آزمایش اثرگذار بوده و موجب افزایش فعالیت‌های خودمراقبتی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های ماسون، میث، شاو و آدامز (۵۳) و کیوان، خضری مقدم و رجب (۵۴) مطابقت و همسویی دارد. در تبیین این یافته باید گفت بیشتر بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ زمانی که با بیماری خود مواجه می‌شوند به دلیل اینکه مدام تحت درمان قرار می‌گیرند و رژیم غذایی محدودی دارند، به تدریج علائمی از بی‌حوصلگی و غم در آن‌ها پدیدار می‌شود که خود می‌تواند زمینه را برای تشویش، بی‌حوصلگی، اضطراب و عدم مراقبت‌های درمانی آماده نماید (۵۳). پیلو و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که در بیماری دیابت، خودمراقبتی مداوم و طولانی مدت فرد را دچار دل‌سردی می‌کند و علی‌رغم اهمیت این مراقبت‌ها، افراد دیابتی نسبت به آن اهمال می‌نمایند و نسبت به مراقبت‌های لازم که در جهت بهبود بیماری و جلوگیری از تشدید علائم بیماری دیابت ضروری است، بی‌توجهی نشان می‌دهند. بنابراین لازم است که نظام آموزش بهداشت و سلامت و نیز آموزش به خود این بیماران از طریق برنامه‌های آموزشی و درمانی مانند آموزش راهبرد درمان فراتشخیصی، گامی مؤثر در توانمندسازی بیشتر این بیماران برداشته شود تا آنان با استفاده از روش‌های کارآمد به افزایش انگیزه در بیماران مبتلا به دیابت برای انجام مراقبت‌های روزانه کمک نمایند (۵۵). از این رو، با استفاده از آموزش‌های رویکرد درمان فراتشخیصی یکپارچه می‌توان به بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، که اغلب دارای خطاهای شناختی، باورهای غیرمنطقی و مخرب در زندگی خود هستند، نسبت به اسناد و باورهای غیرمنطقی خود آگاه ساخت و با استفاده از دانش و تجربه-ی خود، برای تغییر و اصلاح این باورهای غلط و ارتقای سواد اطلاعاتی بیماران در جهت ایجاد باورهای منطقی و کارآمد کمک

نتایج نشان داد، تفاوت بین میانگین تعدیل یافته گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و گروه کنترل از لحاظ اجتناب شناختی- رفتاری معنادار است و نشان‌دهنده این است که درمان فراتشخیصی یکپارچه در گروه آزمایش اثرگذار بوده و موجب کاهش اجتناب شناختی- رفتاری در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های وارکویتسکی و همکاران (۳۲)، بارولو و همکاران (۳۳)، الارد و همکاران (۴۳) و بوئسیا و همکاران (۴۴) مطابقت و همسویی دارد. در تبیین این یافته باید گفت، درمان فراتشخیصی یکپارچه در درجه اول روی شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان متمرکز است و سپس در این رویکرد درمانی به افراد آموزش داده می‌شود که به جای پرهیز، فرونشانی، سرکوب و یا اجتناب کردن از این هیجانات، احساسات و افکار منفی و بعضاً متناقض خود، در مرحله اول به صورت ذهنی و تجسمی با این هیجانات روبرو شوند و در مرحله بعد به بحث و بررسی آنها و باز ارزیابی آنها اقدام کنند (۳۳). یادگیری این تکنیک‌ها و فنون از سوی بیماران دیابتی تا حدود زیادی می‌تواند موجب تعدیل و کاهش اجتناب شناختی و رفتاری در این بیماران شود. علاوه بر این، درمان فراتشخیصی و مخصوصاً تکنیک‌هایی نظیر مواجهه هیجانی و جلوگیری از اجتناب در مقابل هیجانات منفی به بیماران دیابتی کمک می‌کند که به راحتی با محرک‌های تهدیدکننده مواجه شوند و تصورات منفی خود از رفتارها و رویدادها را به افکار تبدیل نکنند. این نتیجه در راستای یافته‌های الارد و همکاران (۴۳) است که به اثربخشی درمان فراتشخیصی بر پیشگیری از اجتناب رفتاری و هیجانی اشاره کردند و نیز پژوهش جورمن و گاتلیب (۴۵) می‌باشد که به رابطه هیجان و مهارت‌های آن یعنی ابراز و کنترل هیجان با نشخوار فکری اشاره کردند. به علاوه، در این رویکرد درمانی با استفاده از راهبردهای درمانی به بیمار آموزش داده می‌شود تا چرخه‌ی مضاعف اضطراب را که به واسطه‌ی اجتناب تجربه‌ای ایجاد می‌شود، شناسایی کرده و با روبرو شدن با منابع اضطراب‌زا، این چرخه‌ی معیوب را شکسته و بیهوده بودن افکار وسواسی اضطراب‌زا و عدم رخ دادن پیامدهای فاجعه‌بار را تجربه نماید (۴۸). از این رو، پروتکل فراتشخیصی با تقویت تحمل بلا تکلیفی و عدم قطعیت (مطابق با دیگر یافته به

بودن اعضای نمونه، کاهش دقت در پاسخ‌گویی به سؤالات متعدد پرسشنامه (پیش‌آزمون- پس‌آزمون) و نیز سوگیری تک روشی. به همین علت پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه روی جوامع دیگر مبتلا به دیابت در شهرهای دیگر و با فرهنگ‌های مختلف انجام گیرد و نیز در پژوهش‌های آتی سودمندی روش درمانی به کار گرفته شده به صورت طولی و نحوه اثرگذاری آن در طول زمان مورد ارزیابی قرار گیرد تا از صحت یافته‌ها در طول زمان اطمینان بیشتری حاصل گردد. در خصوص پیشنهادات کاربردی نیز با توجه به شیوع بالای دیابت در ایران و هزینه‌های زیاد درمان آن و از طرفی اثربخش بودن درمان فراتشخیصی یکپارچه، درمان‌گران و مخصوصاً روان‌شناسان سلامت می‌توانند از این شیوه درمانی برای کاهش مشکلات روان‌شناختی و نیز افزایش رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی نوع ۲ استفاده کنند. دیگر این که با توجه به این که نمونه پژوهش حاضر روی افراد متأهل صورت گرفت است، نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند برای آموزش در کارگاه‌های آموزشی مشاوران خانواده مفید واقع گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود برنامه‌ریزان و مجریان سلامت کشور، درمان فراتشخیصی یکپارچه را دستور کار خود قرار دهند تا از این طریق بتوان مراکز درمانی اثرگذارتری نسبت به قبل در زمینه‌ی بهبود بیماران مبتلا به دیابت داشت و در آخر با توجه به اثربخش بودن درمان فراتشخیصی روی فعالیت‌های خودمراقبتی پیشنهاد می‌شود که این شیوه‌ی درمانی به عنوان مکمل درمان‌های دارویی در مراکز دولتی و خصوصی که به درمان بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌پردازند، مورد استفاده قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه دکتری دانشگاه آزاد واحد اهواز می‌باشد بدین وسیله نویسندگان کمال تشکر را از تمامی کسانی که در این پژوهش همکاری دارند کمال تشکر را دارد.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

کرد. در نتیجه بیماران با استفاده از تجارب و افزایش اطلاعات بهداشتی-درمانی، به اصلاح باورها و اسنادهای غلطی که موجب اضطراب و افسردگی، ناامیدی و در نتیجه پایین آمدن رفتار خودمراقبتی آنان شده است، می‌پردازند (۵۴). از سوی دیگر، یکی از دلایل اثربخشی درمان فراتشخیصی بر افزایش رفتار خودمراقبتی بیماران دیابتی این است که کیفیت مهارت‌های رفتارهای مراقبتی بیماران، نتیجه‌ی باورها، اندیشه‌ها، رفتار و کردار خویش بوده و به تصمیمات و عملکرد فرد مربوط می‌شود. درمان‌گر طی روند درمان می‌تواند با ارائه آموزش‌های شناختی-رفتاری بر اهمیت اکتساب اطلاعات شناختی، احساس کارایی، داشتن مهارت‌ها و استفاده از این مهارت‌ها تأکید نماید. همچنین طی آموزش‌های انجام شده و فراگیری این آموزش‌ها، افراد مبتلا به دیابت می‌توانند علاوه بر کار کردن روی تفکرات منفی، روش‌های رفتاری ثمربخش را یاد گرفته و تحت تأثیر این آموزش‌ها، این توانایی را پیدا خواهند کرد تا تفکرات اتوماتیک غلط و عواطف تداعی‌کننده آنها و همچنین مدارک جهت تأیید و عدم تأیید آنها را اصلاح نموده و به نوعی خودآگاهی برسند (۵۶). به علاوه لازم به ذکر است که درمان فراتشخیصی می‌تواند از طریق تکنیک آموزش توجه، موجب اصلاح سوگیری توجه و اولویت‌بندی‌های زندگی در بیماران دیابتی و در نتیجه بهبود خلق و رفتارهای آنها از جمله رفتارهای سلامت محور مانند خودمراقبتی در آنها شود. چیزی که باعث می‌شود این درمان به طور منحصر به فردی مؤثر واقع شود. در حقیقت این درمان با ادغام مؤلفه‌های آگاهی از هیجان، پذیرش آن و عمل مبتنی بر ارزش‌ها و مقابله‌ی ذهن آگاهانه در بافت تمرین مهارت‌های مبتنی بر مواجهه، به افراد می‌آموزد که پریشانی خود را تحمل کنند، در صورت نیاز هیجانان را کاهش دهند و انتخاب‌هایی همسو با ارزش‌هایشان انجام دهند. انتخاب‌هایی که در نهایت منجر به افزایش رفتارهای خودمراقبتی و کاهش پاسخ‌های ناسازگارانه خواهد شد که یافته‌های پژوهش حاضر نیز تأیید کننده این امر است.

در پایان باید گفت این پژوهش مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی در عمل مواجهه بوده است از جمله در دسترس

References

1. Bogusch LM, O'Brien WH. The effects of mindfulness-based interventions on diabetes-related distress, quality of life, and metabolic control among persons with diabetes: a meta-analytic review. *Behavioral Medicine*. 2019;45(1):19-29.
2. Wienand I, Rakic M, Shaw D, Elger B. The beneficence of hope: findings from a qualitative study with gout and diabetes patients. *Journal of bioethical inquiry*. 2018;15:211-8.
3. Snorgaard O, Poulsen GM, Andersen HK, Astrup A. Systematic review and meta-analysis of dietary carbohydrate restriction in patients with type 2 diabetes. *BMJ Open Diabetes Research and Care*. 2017;5(1):e000354.
4. Bullard KM, Cowie CC, Lessem SE, Saydah SH, Menke A, Geiss LS, et al. Prevalence of diagnosed diabetes in adults by diabetes type—United States, 2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2018;67(12):359.
5. Chatterjee S, Khunti K, Davies MJ. Type 2 diabetes. *The lancet*. 2017;389(10085):2239-51.
6. Pearson S, Wills K, Woods M, Warnecke E. Effects of mindfulness on psychological distress and HbA1c in people with diabetes. *Mindfulness*. 2018;9:1615-26.
7. Ayoubi J, Bigdeli I, Mashhadi A. The Effect of Mindfulness-Integrated Cognitive Behavior Therapy on Quality of Life, Psychological Distress and Adherence in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Health Psychology*. 2020;9(34):75-94.
8. WHO CO. World health organization. *Diabetes*. 2020.
9. faal m, atef vahid t, MadadiTaeme z, shaaban n, amani o. The Effectiveness of Accepted and Commitment Group Therapy on Psychological Flexibility and Family Communication Patterns in Women with Type 2 Diabetes. *Journal of Nursing Education*. 2019;7(4):41-9.
10. Aghajani S, SAMADIFARD H, Narimani M. The Role of Cognitive Avoidance Components and Metacognitive Belief in the Prediction of Quality of Life in Diabetic Patients. *Health Psychology*. 2017;6(21):142-56.
11. Ottenbreit ND, Dobson KS. Avoidance and depression: the construction of the Cognitive-Behavioral Avoidance Scale. *Behaviour research and therapy*. 2004;42(3):293-313.
12. Krieger T, Altenstein D, Baettig I, Doerig N, Holtforth MG. Self-compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behavior therapy*. 2013;44(3):501-13.
13. Fehm L, Margraf J. Thought suppression: specificity in agoraphobia versus broad impairment in social phobia? *Behaviour Research and Therapy*. 2002;40(1):57-66.
14. Sexton KA, Dugas MJ. The cognitive avoidance questionnaire: validation of the English translation. *Journal of anxiety disorders*. 2008;22(3):355-70.
15. Gregg JA, Callaghan GM, Hayes SC, Glenn-Lawson JL. Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2007;75(2):336.
16. MacLeod CM. The concept of inhibition in cognition. 2007.
17. Dimidjian S, Barrera Jr M, Martell C, Muñoz RF, Lewinsohn PM. The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual review of clinical psychology*. 2011;7:1-38.
18. Dannahy L, Stopa L. Post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*. 2007;45(6):1207-19.
19. Nooyens AC, Baan CA, Spijkerman AM, Verschuren WM. Type 2 diabetes and cognitive decline in middle-aged men and women: the Doetinchem Cohort Study. *Diabetes care*. 2010;33(9):1964-9.
20. Holaway RM, Heimberg RG, Coles ME. A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*. 2006;20(2):158-74.
21. Brands AM, Biessels GJ, De Haan EH, Kappelle LJ, Kessels RP. The effects of type 1 diabetes on cognitive performance: a meta-analysis. *Diabetes care*. 2005;28(3):726-35.
22. Lustman P, Gavard J. Chapter 24; Psychosocial Aspects of Diabetes in Adult Populations. *Diabetes in America, Table of Contents*. Washington University School of Medicine, St. Louis, MO: 507-517. 2012.

23. Seyed Nour S, Homaei R. Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Therapy on the Self-Care Behaviors, Psychological Wellbeing, and Hope of Patients with Type II Diabetes. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2019;8(1):265-75.
24. Trief PM, Grant W, Elbert K, Weinstock RS. Family environment, glycemic control, and the psychosocial adaptation of adults with diabetes. *Diabetes care*. 1998;21.۲۴۱-۵:(۲)
25. Toljamo M, Hentinen M. Adherence to self- care and social support. *Journal of clinical nursing*. 2001;10(5):618-27.
26. Davies MJ, D'Alessio DA, Fradkin J, Kernan WN, Mathieu C, Mingrone G, et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes .۲۰۱۸ ,A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetologia*. 2018;61:2461-98.
27. Steinsbekk A, Rygg LØ, Lisulo M, Rise MB, Fretheim A. Group based diabetes self- management education compared to routine treatment, waiting list control or no intervention for people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015.(۶)
28. Mensing C, Boucher J, Cypress M, Weinger K, Mulcahy K, Barta P, et al. National standards for diabetes self-management education. *Diabetes care*. 2005;28(suppl_1):s72-s9.
29. Karimi S, Delavar A, khaemi F, Dortaj F. The Effect of Hope Therapy on Self-Care in Patients with Type II Diabetes. *Community Health Journal*. 2019;13(2):33-4.۴
30. Rawal LB, Tapp RJ, Williams ED, Chan C, Yasin S, Oldenburg B. Prevention of type 2 diabetes and its complications in developing countries: a review. *International journal of behavioral medicine*. 2012;19:121-33.
31. Polonsky WH. Emotional and quality-of-life aspects of diabetes management. *Current diabetes reports*. 2002;2(2):153-9.
32. Varkovitzky RL, Sherrill AM, Reger GM. Effectiveness of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders among veterans with posttraumatic stress disorder: A pilot study. *Behavior modification*. 2018;42(2):210-30.
33. Barlow DH, Ellard KK, Fairholme CP. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Workbook: Oxford University Press; 2010.
34. Farchione TJ, Fairholme CP ,Ellard KK, Boisseau CL, Thompson-Hollands J, Carl JR, et al. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior therapy*. 2012;43(3):666-78.
35. Aldao A. Emotion regulation strategies as transdiagnostic processes: a closer look at the invariance of their form and function= Estrategias de regulación emocional como procesos transdiagnósticos: una visión más detenida sobre la invarianza de su forma y fun. 2012.
36. Norton PJ, Barrera TL. Transdiagnostic versus diagnosis- specific CBT for anxiety disorders: A preliminary randomized controlled noninferiority trial. *Depression and anxiety*. 2012;29(10):874-82.
37. McLaughlin KA, Nolen-Hoeksema S. Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour research and therapy*. 2011;49(3):186-93.
38. Bullis JR, Sauer-Zavala S, Bentley KH, Thompson-Hollands J, Carl JR, Barlow DH. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behavior Modification*. 2015;39(2):295-321.
39. Bilek EL. An Open Trial Investigation of Emotion Detectives: A Transdiagnostic Group Treatment for Children with Anxiety and Depression: University of Miami; 2011.
40. Riccardi CJ. Randomized Pilot Study of a Brief Transdiagnostic Treatment for Anxiety Disorders. 2012.
41. Newby JM, McKinnon A, Kuyken W, Gilbody S, Dalgleish T. Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical psychology review*. 2015;40:91-110.
42. Steele SJ, Farchione TJ, Cassiello-Robbins C, Ametaj A, Sbi S, Sauer-Zavala S, et al. Efficacy of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of comorbid psychopathology accompanying emotional disorders compared to treatments targeting single disorders. *Journal of psychiatric research*. 2018;104:211-6.

43. Ellard KK, Fairholme CP, Boisseau CL, Farchione TJ, Barlow DH. Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and behavioral practice*. 2010;17(1):88-101.
44. Boisseau CL, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Barlow DH. The development of the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2010;17(1):102-13.
45. Joormann J, Gotlib IH. Emotion regulation in depression: Relation to cognitive inhibition. *Cognition and Emotion*. 2010;24(2):281-98.
46. nasri m, ahadi h, dortaj f. Effectiveness of Transdiagnostic Treatment on Rumination and Cognitive Avoidance in Patients with Type 2 Diabetes. *Journal of Psychological Studies*. 2018;14(2):41-56.
47. Mohseni-Ezhiyeh A, Malekpour M, Ghamarani A. The effect of transdiagnostic treatment on mothers of children with autism spectrum disorder. 2016.
48. Zemestani M, Imani M. Effectiveness of transdiagnostic treatment on depression/anxiety symptoms and emotion regulation. *Contemporary Psychology*. 2016;11(1):21-32.
49. Moghanloo VA, Moghanloo RA, Moazezi M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy for depression, psychological well-being and feeling of guilt in 7-15 years old diabetic children. *Iranian journal of pediatrics*. 2015;25.(۴)
50. Abdi R, Bakshi A, Mahmoud Alilou M. Efficacy of Unified Transdiagnostic Treatment on Reduction of Transdiagnostic Factors and Symptoms Severity in Emotional Disorders. *Psychological Methods and Models*. 2013;4(13):1-27.
51. Valiyan AM, Sodani M, Shiralinia K, Khojasteh Mehr R. The effectiveness of behavioral activation therapy in reduction of depression symptoms, cognitive-behavioral avoidance and quality of life in students. *Contemporary Psychology*. 2017;12(1):73-84.
52. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes care*. 2000;23(7):943-50.
53. Mason J, Meal A, Shaw I, Adams GG. Outcomes of mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy in adults with diabetes: a systematic review. *Journal of diabetes and treatment*. 2018;2018.(۳)
54. Keyvan S, Khezri Moghadam N, Rajab A. THE EFFECTIVENESS OF MINDFULNESS BASED STRESS REDUCTION (MBSR) ON PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT TO ILLNESS IN PATIENT WITH TYPE 2 DIABETES. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders*. 2018;17(2):105-16.
55. Pillow DR, Hale Jr WJ, Crabtree MA, Hinojosa TL. Exploring the relations between self-monitoring, authenticity, and well-being. *Personality and Individual Differences*. 2017;116:393-8.
56. Shojaezadeh D, Tol A, Sharifirad G, Alhani F. Effect of education program based on empowerment model in promoting self-care among type 2 diabetic patients in Isfahan. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2013;20(107):18-31

*Original Article***Investigating the effectiveness of unified transdiagnostic treatment on reducing cognitive-behavioral avoidance and self-care activities in patients with type 2 diabetes**

Received: 13/03/2023 - Accepted: 11/04/2023

Fatemeh Bagherifard¹
Kobra Kazemian Moghadam^{2*}
Sahar Safarzadeh³
Farshad Bahari⁴

¹ PhD student, Department of Consulting, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran.
(Corresponding Author)

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

⁴ Assistant Professor, Department of Consulting, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

Email: k.kazemian@yahoo.com

Abstract

Introduction: Considering that diabetes brings mental, physical, personal, family and social relationships and people's understanding of their health, so the purpose of this research is to investigate the effectiveness of integrated transdiagnostic treatment on cognitive-behavioral avoidance and self-care activities in patients with diabetes. It is type 2 diabetes.

Methods: The research method was experimental and a pre-test-post-test design was used with a control group. The statistical population of the research includes all married men and women suffering from type 2 diabetes in Ahvaz, who were members of the Diabetes Association of this city in 1400. To collect information from this statistical population, 40 of these patients were selected using diagnostic interview, oral interview and based on the entry and exit criteria, screening and purposefully and after matching by pairwise method and Individuals were randomly assigned to 2 groups of 20 people, (experimental group with integrated meta-diagnostic treatment method (20 people) and control group (20 people). Research tools include cognitive-behavioral avoidance scale (Ettenberg and Dobson, 2004) and The scale of diabetes self-care activities was (Tobert et al., 2000). The data were analyzed through multivariate (MANCOVA) and univariate (ANCOVA) analysis of covariance.

Results: The results showed that integrated transdiagnostic treatment on avoidance Cognitive-behavioral and self-care activities are effective ($p < 0.05$).

Conclusion: It seems that this intervention can reduce cognitive-behavioral avoidance and increase self-care activities in patients with type 2 diabetes.

Keywords: Integrated Transdiagnostic Treatment, Cognitive-Behavioral Avoidance, Self-Care Activities, Diabetes