

مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ولع خوردن، کیفیت زندگی و پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

آمنه خلعتبری^۱، شهره قربان شیروودی^{۲*}، محمدرضا زربخش^۳، طاهر تیزدست^۴
۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
۳. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
۴. استادیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
(تاریخ دریافت مقاله: ۹۹/۰۲/۱۸ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۶/۰۳)

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

Ameneh Khalatbari¹, *Shohreh Ghorbanshiroudi², Mohammadreza Zarbakhsh³, Taher Tizdast⁴

1. Ph.D. Student in Health Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.
2. Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.
3. Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

Original Article

(Received: May. 07, 2020 - Accepted: Aug. 24, 2020)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: The role of psychological therapies and interventions in chronic diseases such as diabetes has been confirmed, so the aim of this study was to compare the effectiveness of compassion-based therapy and treatment based on acceptance and commitment to cravings. The quality of life and psychological distress of patients with type 2 diabetes was Tonekabon. **Method:** This study was an experimental study with purposive sampling method And the statistical population was diabetic patients of Tonekabon city hospital who 200 people were selected as a sample and after performing the dependent variable test, people who had different standard deviation with others were selected, whose number was 100 people and 45 people were randomly selected. They were selected and divided into three groups of 15, two intervention groups and a control group. Focused on compassion and 12 sessions of act therapy (session 45 minutes). Sessions For each intervention, two sessions were performed weekly with an interval of 3 days. End of treatment All three groups were post-tested. **Findings:** The differences between the means of the two groups in craving, quality of life and psychological distress were (7-264), (7.054) and (7-914), respectively, which showed that people who were affected by acceptance and commitment treatment compared to those who They were treated with compassion-focused treatment, showing greater effectiveness in the extent of each of the variables mentioned in the post-test. **Conclusion:** The results showed a decreasing trend of craving, psychological distress and increasing the quality of life in the follow-up and effectiveness of both approaches and the superiority of the act approach. Therefore, this treatment can be used in different situations to improve life.

Keywords: Compassion Focused Therapy, Acceptance-Based Therapy-Commitment, Craving, Quality of Life, Mental Distress.

چکیده

مقدمه: نقش درمان‌ها و مداخلات روان‌شناختی در بیماری‌های مزمن مورد تأیید قرار گرفته است، از این رو هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ولع خوردن، کیفیت زندگی و پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ شهر تنکابن بود. روش: این پژوهش مطالعه آزمایشی با روش نمونه‌گیری هدفدار بود و جامعه آماری آن بیماران دیابتی بیمارستان شهر تنکابن بود که ۲۰۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و پس از انجام آزمون متغیر وابسته، افرادی که انحراف معیار متفاوتی با سایرین داشتند، گزینش شدند که تعداد آن‌ها ۱۰۰ نفر بود و از بین ۴۵ نفر به‌صورت تصادفی انتخاب شدند و در سه گروه ۱۵ نفری، دو گروه مداخله و یک گروه کنترل قرار گرفتند که مقیاس‌های ولع به غذا-صفت داچ، کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ طبق شاخص چهار عاملی هالینگستد و پریشانی روان‌شناختی نجاریان و داودی به آنان و ۱۲ جلسه درمان متمرکز بر شفقت و ۱۲ جلسه درمان اکت اجرا شد (جلسه ۴۵ دقیقه). جلسات برای هر مداخله هفته‌ای دو جلسه با فاصله ۳ روز اجرا گردید. پایان درمان هر سه گروه مورد پس‌آزمون قرار گرفتند. یافته‌ها: تفاوت میانگین‌های دو گروه در ولع خوردن، کیفیت زندگی و پریشانی روان‌شناختی به ترتیب (۷/۲۶۴-)، (۷/۰۵۴) و (۷/۹۱۴-) بود که نشان داد افرادی که تحت تأثیر درمان پذیرش و تعهد قرار گرفته‌اند نسبت به افرادی که تحت درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفته‌اند، در میزان هر یک از متغیرهای ذکر شده در پس‌آزمون اثربخشی بیشتری از خود نشان دادند. نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از روند کاهش ولع خوردن، پریشانی روان‌شناختی و افزایش کیفیت زندگی در مرحله پیگیری و اثربخشی هر دو رویکرد و برتری رویکرد اکت بود؛ بنابراین می‌توان از این درمان در شرایط مختلف جهت بهبود زندگی افراد استفاده کرد.

واژگان کلیدی: درمان متمرکز بر شفقت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ولع خوردن، کیفیت زندگی، پریشانی روان‌شناختی.

1. Targeted Sampling

*نویسنده مسئول: شهره قربان شیروودی

Email: shohreshiroudi@gmail.com

*Corresponding Author: Shohreh Ghorbanshiroudi

مقدمه

(خانلرزاده، عسگری و امینی، ۱۳۹۴). پرخوری و پرنوشی مشخصه ولع خوردن نیز می‌باشد؛ درواقع ولع خوردن که به‌عنوان نشانه مهم بیماری دیابت محسوب می‌شود، مانند ولع مصرف مواد مخدر، تمایل و مقاومت سخت را در برمی‌گیرد. درگیری با افکار مزاحم و تمایلات مربوط به غذا، ولع خوردن عنوان شده است (مرادزاده فهرجی، برجعلی، درتاج و نعمت‌اله‌زاده ماهانی، ۱۳۹۸). علاوه بر ولع خوردن، بیماری دیابت نتیجه دیگری چون کیفیت زندگی نامناسب را نیز شامل می‌شود؛ درواقع بیماران دیابتی در تمامی حیطه‌های زندگی عملکرد پایینی از خود نشان می‌دهند (فتحی احمدسرای، دوست، منشایی و ناد، ۲۰۱۷). طبق گفته سازمان جهانی بهداشت، مجموعه برداشت‌های فرد از وضعیت زندگی خود با مدنظر قراردادن فرهنگ و نظام ارزشی جامعه و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف اولویت‌ها و انتظارات را کیفیت زندگی گویند (مظلومی، رضاییان، نقیب‌زاده و صادقی، ۲۰۱۷). کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی است که چهار رکن اصلی، عبارت‌اند از سلامت جسمی، روان‌شناختی، اجتماعی و بهزیستی مرتبط با محیط را دربر می‌گیرد (روشن‌فر و همکاران، ۲۰۱۴؛ رحمتی و جبل‌عاملی، ۱۳۹۸). کیفیت زندگی در بیماران درگیر با دیابت یک مجرای رسمی و فرموله‌شده جهت بحث پیرامون زندگی شخصی و بیماری است (بهروز، باولی، حیدری‌زاده و فرهادی، ۲۰۱۶). شرایط بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ به نحوی است که کیفیت زندگی آنان را

بیماری‌های مزمن که از آن‌ها با عنوان بیماری‌های طولانی‌مدت مختل‌کننده‌ی عملکرد بهنجار فرد یاد می‌شود، با افزایش روزافزون همراه است و ازجمله شایع‌ترین علل مرگ‌ومیر در جهان می‌باشد. افراد درگیر با بیماری مزمن از چالش‌های سخت و مشکل رنج می‌برند (ماکینک^۱، ون در لی-گروتینوس^۲، افرینگا^۳ و هیمنز^۴، ۲۰۰۸). ازجمله بیماری‌های مزمن شایع، دیابت نوع ۲ می‌باشد، چنانکه انجمن بین‌المللی دیابت در سال ۲۰۱۰ تعداد مبتلایان به این بیماری در جهان را ۲۵۸ میلیون نفر مطرح کرده است (میری و نادروندفر، ۲۰۱۸). شیوع این بیماری در ایران نیز در حال افزایش است. بیش از ۴/۵ میلیون ایرانی مبتلا به دیابت هستند که طبق گزارش WHO^۵ این میزان تا سال ۲۰۳۰ به ۷ میلیون نفر خواهد رسید (صالحی، احمدیان، انصاری و صباحی، ۲۰۱۶). دیابت نوع ۲ اختلال مزمن متابولیک در بدن است که در آن، سرعت و توانایی بدن در استفاده از سوخت‌وساز کامل قندها با کاهش مواجه می‌شود. همچنین واکنش‌های داخل سلولی نیز کاهش می‌یابد و اثربخشی انسولین در تحریک جذب گلوکز توسط بافت‌ها کم می‌شود. درنتیجه مختل‌شدن سوخت‌وساز بدن، قند خون افزایش می‌یابد که متعاقب آن، نشانه‌های این بیماری ازجمله، پراداری، پرخوری و پرنوشی نمایان می‌شود

1. Mokkink
2. Grootenhuis
3. Offringa
4. Heymans
5. World Health Organization

کاهش می‌دهد (دایک و همکاران، ۲۰۱۰؛ عصارزادگان و ریسی، ۱۳۹۸). دیابت علاوه بر جسم، عملکرد روانی، اجتماعی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (احمدسرایبی و همکاران، ۲۰۱۷). از این رو اهمیت توجه به بیماران دیابتی و کیفیت زندگی آن‌ها نمایان می‌شود. همچنین نتیجه‌ی دیگری که می‌تواند از بیماری‌های مزمنی چون دیابت حاصل شود پریشانی روان‌شناختی می‌باشد (کولیند و همکاران، ۱۳۹۴). ناراحتی خاص و وضعیت هیجانی که افراد ممکن است به صورت موقت یا دائم در واکنش به فشارها و مشکلات زندگی از خود نشان دهند را پریشانی روان‌شناختی گویند (مارگو-درمر^۱، دپلتا^۲، گیرارد^۳ و هادون^۴، ۲۰۱۹). افراد مبتلا به بیماری دیابت با علائم روانی عدیده‌ای درگیر هستند که این موارد می‌تواند منجر به پریشانی روان‌شناختی آنان گردد (دکستر، ۲۰۰۱؛ رامش، علیزاده مقدم، صفری و فیضی، ۱۳۹۷)؛ بنابراین نیاز به مداخلات و راهکارهای مؤثر در شرایطی که بیماران دیابتی آن را تجربه می‌کنند ضروری به نظر می‌رسد. است. یکی از مداخلاتی که طی سال‌های اخیر عنوان شده است و می‌تواند بیماران مبتلا به دیابت را تحت تأثیر قرار دهد، درمان متمرکز بر شفقت (CFT)^۵ می‌باشد (زارعی، ۱۳۹۳). درمان متمرکز بر شفقت از علوم عصب‌شناسی، روان‌شناسی اجتماعی، رشد، تحولی، بودایی و مدل‌های درمانی بسیار برگرفته شده است که سه اصل

ذهن‌آگاهی^۶، مهربانی با خود^۷ و حس اشتراک با انسانیت^۸ را دربر می‌گیرد (گیلبرت^۹، ۲۰۰۹). در درمان متمرکز بر شفقت، افکار، تصاویر، عوامل و رفتارهای تسکین‌دهنده بیرونی باید درونی شوند که طی این وضعیت، فرد همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی پاسخ نشان می‌دهد در مواجهه با این درونیات آرامش را کسب می‌کند. همچنین این درمان به کمک ایجاد و رشد دادن ذهن مشفق، منجر به تغییر در فرد می‌شود (ایرونز^{۱۰}، ۲۰۱۷). در پژوهش زارعی (۱۳۹۳)، نتایج حاکی از اثربخش بودن درمان متمرکز بر شفقت بر افسردگی و میزان قندخون بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بود. طبق پژوهش محقق، فرهادی و نبی‌زاده (۱۳۹۶)، شفقت به خود منجر به کاهش پرخوری و ولع خوردن شد. در پژوهش مارش^{۱۱}، چان^{۱۲} و مک‌بس^{۱۳} (۲۰۱۸)، یافته‌ها حاکی از این بود که خود شفقت ورزی کاهش پریشانی روان‌شناختی را به همراه دارد. بدین ترتیب به نظر می‌رسد این درمان می‌تواند موارد تا حدی در موارد ذکرشده مؤثر واقع شود. رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز از جمله رویکردهایی است که می‌تواند شرایط روانی افراد و وضعیت بیماران در بیماری‌های مزمن را تحت تأثیر قرار دهد. در موج سوم درمان‌ها این رویکرد حیطه‌ی مهم و برجسته‌ی روان‌درمانی‌های نوظهور محسوب می‌شود. پیام اصلی این درمان این است

6. Mindfulness
7. Self- Kindness
8. Sense of Common humanity
9. Gilbert
10. Irons
11. Marsh
12. Chan
13. MacBeth

1. Margo-Dermer
2. Dépelteau
3. Girard
4. Hudon
5. Compassion- Focused Therapy

بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مؤثر بود. شاکرناژاد و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهش خود دریافتند، درمان اکت بر پریشانی روان‌شناختی، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اسکروز اثربخش بود. بدین ترتیب و با توجه به مطالب ذکر شده هدف پژوهش حاضر پاسخگویی به این سؤال است که آیا بین میزان اثربخشی درمان ACT و CFT بر ولع خوردن، کیفیت زندگی و پریشانی روان‌شناختی بیماران دیابت نوع دو تفاوت وجود دارد؟ و آیا بین میزان اثربخشی درمان ACT و CFT بر ولع خوردن، کیفیت زندگی و پریشانی روان‌شناختی بیماران دیابت نوع دو در شرایط پیگیری تفاوت وجود دارد؟

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه آزمایشی با روش نمونه‌گیری هدفدار و جامعه آماری آن شامل بیماران دیابتی بیمارستان شهر تنکابن بود که ۲۰۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و پس از انجام آزمون متغیر وابسته، افرادی که بر اساس (X و S) انحراف معیار متفاوتی با سایرین داشتند، گزینش شدند که تعداد آن‌ها ۱۰۰ نفر بود و از بین ۴۵ نفر به‌صورت تصادفی انتخاب شدند و در سه گروه ۱۵ نفری قرار گرفتند. افراد با دارا بودن معیار ورود به پژوهش تحت عنوان ابتلا به دیابت نوع ۲ و معیار خروج به دست نیاوردن نمره کافی در پس‌آزمون‌های موردنظر، واجد شرایط برای شرکت در پژوهش تشخیص داده شدند و سپس به‌صورت تصادفی هر دو گروه بیمار مچ شده در بلوک‌های دوتایی قرار گرفتند. سپس یک گروه

که «وقتی شما چیزی که خارج از کنترلتان وجود دارد را موردپذیرش قرار می‌دهید، متعهد به کارهایی می‌شوید که می‌تواند کیفیت زندگی شما را ارتقاء دهد. هدف این درمان کمک کردن به افراد در جهت خلق زندگی پرمعنا و درعین حال تغییر دردها و استرس‌هایی است که خارج از کنترل فرد وجود دارد و ناگزیر به زندگی او وارد شده‌اند (اسمعی، عزیزاده و خانی‌زاده بالدرلو، ۲۰۱۶). طی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تغییر صرف احساسات، امیال، باورها و افکار مراجع موردتأکید نیست و هدف اصلی، تغییر رابطه‌ی مراجع با افکار و احساسات خود به نحوی است که دیگر آن‌ها را به‌عنوان نمونه موردنظر نباشد. این رویکرد شامل ۶ بخش اصلی پذیرش، گسلس شناختی، ارتباط با زمان حال، ذهن‌آگاهی، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه می‌شود که تلاش می‌کند مراجعان برای پذیرش احساسات ترغیب شوند، اجتناب تجربی از خود نشان ندهند، در زمان حال زندگی کند و برای مقابله با مشکلات اقدام به عمل کند (اسموت^۱، لانگو^۲ و هاریسون^۳، ۲۰۱۰). پژوهش‌های بسیاری بر اثربخشی این رویکرد درمانی در رابطه با مشکلات بیماران مبتلا به دیابت تأکید کرده‌اند؛ برای مثال، فتحی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ اثربخش بود. حر و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه خود دریافت؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان

1. Smout
2. Longo
3. Harrison

فقدان کنترل خوردن در پاسخ به نشانه‌های محیطی. ۲- افکار یا اشتغال ذهنی به غذا. ۳- گرسنگی لذت‌جویانه. ۴- هیجان‌های قبل یا حین ولع. ۵- احساس گناه ناشی از ولع می‌باشد. نتایج نشان داد که نسخه فارسی FCQ-T و عامل‌های آن از همسانی درونی (۸۶٪ تا ۹۶٪) و همچنین اعتبار بازآزمایی (۸۰٪ تا ۸۶٪) مطلوبی برخوردار هستند. میزان آلفای کرونباخ پژوهش حاضر نیز ۸۶٪ می‌باشد.

ب) پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو: پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ توماس باروگز^۲ (۲۰۰۲)، شامل اطلاعات جمعیت‌شناسی (سن، جنسیت، تحصیلات و شغل) بود که بر اساس شاخص چهار عاملی هالینگستد تنظیم شد. فرم کوتاه شده پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران دیابتی با ۱۲ سؤال طراحی شده است، باروگز^۳ و همکاران در سال ۲۰۰۴، ثبات درونی آزمون را ۷۷٪ و پایایی آن را ۷۳٪ گزارش کرده‌اند. ثبات درونی و ضریب آلفای کرونباخ برای کل سؤالات فرم ایرانی ابزار ۷۷٪ می‌باشد. صفر تا ۱۸ حداقل کیفیت زندگی، ۱۹ تا ۳۷ کیفیت ضعیف، ۳۸ تا ۵۶ کیفیت متوسط و ۵۷ تا ۷۵ کیفیت خوب را در بردارد. در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ برابر ۷۰٪ بود.

پ) پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی: این پرسشنامه فرم کوتاه‌شده نسخه تجدیدنظرشده فهرست نود نشانه‌ای یعنی Scl-90-R می‌باشد که توسط نجاریان و داودی (۱۳۸۰) تهیه گردید. Scl-90-R یک ابزار خود گزارشی رایج

آزمایش، پروتکل درمان ACT برگرفته از کتابچه راهبرد افسردگی راب زتل و یک گروه آزمایش دیگر، پروتکل درمانی CFT برگرفته از کتاب درمان متمرکز بر شفقت پاول گیلبرت را هر کدام طی ۱۲ جلسه دریافت کردند و یک گروه کنترل نیز بدون مداخله و آموزش قرار گرفت. ضمن اینکه ملاحظات اخلاقی در روند کار اجرا گردید و آزمودنی‌ها پس از توجیه شدن و کسب رضایت آگاهانه از آن‌ها در پژوهش قرار داده شدند. پرسشنامه‌ها در ابتدای پژوهش (مرحله پیش‌آزمون) در اختیار آنان قرار گرفت و همزمان پرسشنامه‌های ولع به غذا - صفت (FCQ-T)^۱ داچ، پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو به آزمودنی‌ها ارائه شد که مدت‌زمان آزمایش دو ماه بود و در مرحله پس‌آزمون نیز پرسشنامه مذکور بر روی ۴۵ آزمودنی پژوهش حاضر اجرا گردید.

الف) پرسشنامه ولع خوردن: پرسشنامه ولع به غذا - صفت (FCQ-T) سپداپنیتو و همکاران (۲۰۰۰) پرکاربردترین ابزار برای سنجش ولع به غذا به‌عنوان سازه‌ای چندبعدی است. این پرسشنامه ۳۹ ماده در نسخه‌های انگلیسی و اسپانیایی اصلی خود از ساختاری نه عاملی را در بردارد. برای محاسبه روایی همگرا و واگرا از پرسشنامه رفتار خوردن داچ و مقیاس مهار استفاده شد. یافته‌ها بیانگر این است که نتایج ساختاری پنج عاملی برای نسخه فارسی پرسشنامه ولع به غذا - صفت آشکار ساخته است که ۶۰٪ واریانس را تبیین می‌کند. پنج عامل شامل: ۱-

2- Toumas Burroughs

1-Fcod Craving Questionnaire-Trait

به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات آماری در سطح توصیفی از میانگین انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی تحلیل کواریانس مانکوا و در ادامه آزمون آلفای بن فرنی و در مرحله پیگیری با گرفتن نمرات افتراقی، آزمون تحلیل واریانس یک راهه و آزمون تعقیبی شفه مورد استفاده قرار گرفت. برای توصیف و تحلیل داده‌ها نیز از نرم افزار SPSS ویراست ۲۳ استفاده شد. ملاحظات اخلاقی: پس از کسب مجوزهای لازم و مراجعه به مکان‌های لازم و شناسایی بیماران واجد شرایط شرکت در پژوهش و شفاف سازی برای آنان، این بیماران از نظر سن، تحصیلات و وضعیت تأهل هماهنگ شدند و اجرای کار شروع شد.

برای سنجش آسیب شناسی روانی است. نسخه اولیهی فهرست ۹۰ نشانه‌ای یعنی Scl-90 با استفاده از ماده‌های اصلی فهرست نشانه‌هاپکینز و اضافه کردن ماده‌های جدید به مقیاس مذکور و همچنین ایجاد تغییرات در شیوه درجه بندی و روش اجرا توسط درآگاتیس انجام شد. روش نمره گذاری و تفسیر این پرسشنامه دارای ۲۵ سؤال بوده و هدف آن ارزیابی نشانه‌های اختلالات روانی است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت می باشد. این پرسشنامه با فرم اصلی آن (Scl-90) همبستگی معنی دار دارد و در نتیجه یک ابزار دارای روایی برای سنجش اختلالات روانی می باشد.

جدول ۱. محتوای جلسات آموزشی پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوای جلسات
اول	آشنایی با درماندگی خلاق، شناسایی اهداف و کارهای ناموفق درمان جو، آگاهی مراجع از راهبردهای کنترلی در برابر مشکلات
دوم	توضیح نتیجه جلسه قبل، ارائه تمرینات تجربی برای چالش با تأثیر راهبردهای کنترل
سوم	آگاهی از اینکه کنترل یک مشکل است، ارزیابی مشکلات، فعال کردن رفتار
چهارم	معرفی مفهوم گسلش از افکار و احساساتی که افسردگی را ایجاد می کند.
پنجم	ارزیابی توانایی مراجع در رهایی از افکار و احساسات افسرده ساز جلسه
ششم	معرفی خود مفهوم سازی شده در مقابل خود مشاهده گر
هفتم	آگاهی مراجع از ارزش ها
هشتم	همراهی با مراجع برای شناخت بخش هایی از زندگی که ناهمخوان با ارزش های او هستند.
نهم	شناسایی ارتباط بین اهداف و فعالیت ها، استحکام به عوامل تمایل و گسلش
دهم	تمرکز بر مسائل مرتبط با درمان جو
یازدهم	آموزش به درمان جو برای ایفای نقش درمانگری
دوازده	انعکاس پیشرفت درمان جو و اهداف او

همچنین پژوهش حاضر کد اخلاق دریافت کرد. به علاوه محرمانه بودن کلیه اطلاعات آزمودنی‌ها کتبا اعلام شد (بر اساس کد اخلاق ۱۶). بر اساس کد اخلاق ۸ نیز به شرکت‌کنندگان حق انصراف از شرکت در مطالعه در هر مرحله از پژوهش داده شد.

ساختار کلی درمان‌های اکت مبتنی بر کتابچه راهنمای افسردگی راب زتل و متمرکز بر شفقت مبتنی بر کتاب درمان متمرکز بر شفقت ترجمه اثباتی و فیضی در جدول‌های ۱ و ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. محتوای جلسات آموزشی درمان متمرکز بر شفقت

جلسه	مراحل	محتوای جلسات
(۱-۳)		معرفی مفهوم کلی رویکرد، اجرای پیش‌آزمون، ایجاد رابطه مثبت با درمانجو
(۴-۶)		اهداف بحث در رابطه با تجربیات و ارزیابی آن‌ها و ایجاد درمانگری خلاق
(۷-۸)		گسیختگی شناختی، آموزش و تمرین تکنیک ذهن‌آگاهی، بررسی تکالیف، پل زدن به جلسات قبل، ارائه منطق کار و تکنیک‌های شناختی
(۹-۱۰)		پذیرش و تمایل، برقراری تماس با لحظه حال، در نظر گرفتن و نگاه کردن به افکار و اندیشیدن به جای نگاه کردن از طریق افکار، معرفی ارزش‌ها و همچنین تفاوت‌ها
(۱۱-۱۲)		درک ماهیت تعهد و تمایل، تعیین الگوهای مناسب با ارزش‌ها، جمع‌بندی درمان و اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

$$F_{(1,41)} = 22/833; P < 0/01$$

با توجه به مقایسه تفاوت میانگین‌های دو گروه (-۷/۲۶۴) گروه درمان پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت در میزان ولع خوردن نشان داده شده است که افرادی که تحت تأثیر درمان پذیرش و تعهد قرار گرفته‌اند نسبت به افرادی که تحت درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفته‌اند، در میزان متغیر ولع خوردن در پس‌آزمون اثربخشی بیشتری دارند.

پس از بررسی‌های صورت گرفته به جهت رعایت شدن رابطه خطی و مفروضه‌های همگنی ماتریس/ کوواریانس و مفروضه یکسانی واریانس‌ها و همگنی شیب‌خط رگرسیون، محقق مجاز به استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره می‌باشد. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد بین گروه آزمایش که تحت تأثیر گروه درمان پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت در پس‌آزمون قرار گرفته‌اند، در میزان ولع خوردن تفاوت معناداری وجود دارد.

سطح	گروه	فراوانی	درصد	گروه	فراوانی	درصد	گروه	فراوانی	درصد	گروه	فراوانی	درصد
	اکت	فراوانی	فراوانی	کنترل	فراوانی	فراوانی	شفقت	فراوانی	فراوانی	تجمع	تجمع	تجمع
تأهل												
متاهل	۱۰	۷۵	۱۰۰	۱۲	۸۰	۱۰۰	۱۱	۷۳/۳۳	۱۰۰	۲۶/۶۷	۲۶/۶۷	۲۶/۶۷
مجرد	۵	۲۵	۲۵	۳	۲۰	۲۰	۴	۲۶/۶۷	۲۰	۲۶/۶۷	۲۶/۶۷	۲۶/۶۷
کل	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۵
سن												
۲۰-۲۵	۰	۰	۰	۳	۲۰	۲۰	۰	-	-	-	-	-
۲۶-۳۰	۲	۱۳/۳۳	۱۳/۳۳	۰	۲۰	-	۲	۶/۶۷	۶/۶۷	۶/۶۷	۶/۶۷	۶/۶۷
۳۱-۳۵	۰	۰	۰	۳	۲۰	۲۰	۰	۶۰	۵۳/۳۳	۵۳/۳۳	۵۳/۳۳	۵۳/۳۳
۳۶-۴۰	۶	۴۰	۵۳/۳۳	۴	۲۲/۶۷	۲۲/۶۷	۶	۱۰۰	۴۰	۴۰	۴۰	۴۰
۴۱-۴۵	۷	۴۶/۶۷	۱۰۰	۵	۳۳/۳۳	۳۳/۳۳	۷	۱۰۰	۴۶/۶۷	۴۶/۶۷	۴۶/۶۷	۴۶/۶۷
کل	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۵
تحصیلات												
دیپلم	۱	۶/۶۷	۶/۶۷	۲	۱۳/۳۳	۱۳/۳۳	۱	-	-	-	-	-
فوق‌دیپلم	۲	۱۳/۳۳	۲۰	۴	۲۶/۶۷	۴۰	۲	۶/۶۷	۶/۶۷	۶/۶۷	۶/۶۷	۶/۶۷
لیسانس	۱	۶/۶۷	۲۶/۶۷	۳	۲۰	۶۰	۱	۴۰	۳۳/۳۳	۳۳/۳۳	۳۳/۳۳	۳۳/۳۳
فوق‌لیسانس	۷	۴۶/۶۷	۷۳/۳۳	۶	۴۰	۱۰۰	۷	۸۶/۶۷	۴۶/۶۷	۴۶/۶۷	۴۶/۶۷	۴۶/۶۷
دکتری	۴	۲۶/۶۷	۱۰۰	۰	-	-	۴	۱۰۰	۱۳/۳۳	۱۳/۳۳	۱۳/۳۳	۱۳/۳۳
کل	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۵
اشتغال												
دانشجو	۰	-	-	۲	۱۳/۳۳	۱۳/۳۳	۱	۶/۶۷	۶/۶۷	۶/۶۷	۶/۶۷	۶/۶۷
خانه‌دار	۱۲	۸۰	۸۰	۱۰	۶۶/۶۷	۸۰	۹	۶۶/۶۷	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰
آزاد	۰	-	-	۱	۶/۶۷	۸۶/۶۷	۲	۱۳/۳۳	۱۳/۳۳	۱۳/۳۳	۱۳/۳۳	۱۳/۳۳
کارمند	۲	۱۳/۳۳	۹۳/۳۳	۲	۱۳/۳۳	۱۰۰	۳	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰
بیکار	۲	۱۳/۳۳	۱۳/۳۳	۲	۱۳/۳۳	۱۰۰	۳	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰

جدول ۴. تحلیل حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیری درمان پذیرش و تعهد

و درمان متمرکز بر شفقت بر متغیر ولع خوردن

منبع پراش	مجموع	درجه	میانگین	F	سطح	تفاوت
مجذورات <td></td> <td>آزادی <td>مجذورات <td></td> <td>معناداری <td>میانگین‌ها </td></td></td></td>		آزادی <td>مجذورات <td></td> <td>معناداری <td>میانگین‌ها </td></td></td>	مجذورات <td></td> <td>معناداری <td>میانگین‌ها </td></td>		معناداری <td>میانگین‌ها </td>	میانگین‌ها
	SS	df	MS		P	
ولع خوردن	۳۸۲/۸۱۰	۱	۳۸۲/۸۱۰	۲۲/۸۳۳	۰/۰۰۰۵	-۷/۲۶۴
خطا	۸۰/۸۵۹	۴۱	۱/۹۷۲			

جدول ۵. تحلیل حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیری درمان پذیرش

و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر متغیر کیفیت زندگی

منبع پراش	مجموع	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح	تفاوت
مجذورات		df	MS		معناداری	میانگین‌ها
	SS				P	
کیفیت زندگی	۳۶۰/۸۴۲	۱	۳۶۰/۸۴۲	۱۰۳/۸۲۱	۰/۰۰۰۵	۷/۰۵۴
خطا	۱۴۲/۵۰۰	۴۱	۳/۴۷۶			

با توجه به مقایسه تفاوت میانگین‌های دو گروه (۷/۰۵۴) گروه درمان پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت در میزان کیفیت زندگی نشان داده شده است که افرادی که تحت تأثیر درمان پذیرش و تعهد قرار گرفته‌اند نسبت به افرادی که تحت درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفته‌اند. در میزان متغیر کیفیت زندگی در پس‌آزمون اثربخشی بیشتری از خود نشان دادند. نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد بین گروه آزمایش که تحت تأثیر گروه درمان پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت در پس‌آزمون تفاوت معناداری در میزان پریشانی روان‌شناختی وجود دارد.

باتوجه به نتایج بدست آمده از تجزیه و تحلیل اطلاعات بر اساس آزمون آماری تحلیل کوواریانس با ۰/۹۹ احتمال می‌توان گفت که فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه بین میزان اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر ولع خوردن بیماران دیابت نوع دو در پس‌آزمون تفاوت وجود دارد، تأیید می‌شود. نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد بین گروه آزمایش که تحت تأثیر گروه درمان پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت در پس‌آزمون تفاوت معناداری در میزان کیفیت زندگی وجود دارد.

$$F = 103/821; P < 0/01$$

(۱،۴۱)

$$F = 136/613; P < 0/01$$

(1,41)

روان‌شناختی نشان داده شده است که افرادی که تحت تأثیر درمان پذیرش و تعهد قرار گرفته‌اند نسبت به افرادی که تحت درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفته‌اند. در میزان متغیر پریشانی روان‌شناختی در پس‌آزمون اثربخشی بیشتری دارند.

باتوجه به نتایج بدست آمده از تجزیه و تحلیل اطلاعات بر اساس آزمون آماری تحلیل کوواریانس با 0/99 احتمال می‌توان گفت که فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه بین میزان اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو در پس‌آزمون تفاوت وجود دارد، تأیید می‌شود. با توجه به مقایسه تفاوت میانگین‌های دو گروه (7/914-) گروه درمان پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت در میزان پریشانی

باتوجه به نتایج بدست آمده از تجزیه و تحلیل اطلاعات بر اساس آزمون آماری تحلیل کوواریانس با 0/99 احتمال می‌توان گفت که فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه بین میزان اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر پریشانی روان‌شناختی بیماران دیابت نوع دو در پس‌آزمون تفاوت وجود دارد، تأیید می‌شود.

جدول 6. تحلیل حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیری درمان پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر متغیر پریشانی روان‌شناختی

منبع پراش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها
	SS	df	MS		P	
پریشانی روان‌شناختی	906/713	1	906/713	136/613	0/0005	-7/914
خطا	272/121	41	6/637			

نتیجه‌گیری و بحث

نشان داده شده است که افرادی که تحت تأثیر درمان پذیرش و تعهد قرار گرفته‌اند نسبت به افرادی که تحت درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفته‌اند، در میزان متغیر ولع خوردن در پس‌آزمون اثربخشی بیشتری دارند.

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ولع خوردن، کیفیت زندگی و پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع 2 انجام شد. با توجه به مقایسه تفاوت میانگین‌های دو گروه (7/264-) گروه درمان پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت در میزان ولع خوردن

این نتیجه با پژوهش‌های (شاول 2012، بلورساز مشهدی 1396، نوریان و همکاران،

که به ایرادات اعمالی که برای کنترل و متعادل نمودن ولع خوردن و خوردن هیجانی انجام داده- اند پی می‌برند. به‌طور کلی کاربرد مداوم تکنیک‌های درمانی از جمله آشنایی با حالات ذهنی، استعاره‌ها و تکالیف توانست تعادل و کنترل در خوردن را برای مراجعان به همراه داشته باشد. به نظر می‌رسد تکالیف و تمرین‌های ثبت تجربه‌های روزانه، ذهن شما دوست شما نیست، ذهن آگاهی و من این افکار را دارم بر عملکرد خوردن بیماران مبتلا به دیابت شرکت‌کننده در این پژوهش اثربخش بوده و منجر به متعادل شدن حالت هیجانی خوردن بیماران شده است.

افزایش شفقت به خود در درمان متمرکز بر شفقت در برابر نتایج منفی رویدادهای ناخوشایند مانند ضربه‌گیر عمل می‌کند، بدین‌گونه که افراد با میزان شفقت به خود بالا کمتر خود را ارزیابی می‌کنند، کمتر بر خود سخت گرفته و خود را تحت فشار قرار می‌دهند و با مشکلات زندگی راحت‌تر برخورد می‌کنند (احمدی، سجادیان و جعفری، ۱۳۹۸)؛ بنابراین به‌واسطه آموزه‌های این درمان مبتلایان به دیابت در جهت کمتر ارزیابی کردن خود اقدام نمودند که منجر به درگیری فکری کمتر با موارد مرتبط با خوردن و تا حدی کاسته شدن از توجه بیش‌ازحد به این امر شد. تکنیک تصویرسازی خود مشفق که در آن از تصویرسازی برای مقابله با رویدادی استرس‌زا در آینده (که در اینجا ولع خوردن و خوردن هیجانی است) استفاده می‌شود و فرد در ذهن خود مقابله با رویداد استرس‌زای پیش‌رو و سپس هیجان

۱۳۹۴، محمدی و وفایی مقدم، ۱۳۹۵) همخوان و همسو است. شاول (۲۰۱۲) در مطالعه خود دریافت، تجربه ایجاد دلسوزی از طریق نامه‌نگاری در بزرگسالان با اختلال خوردن، متعادل شدن و بهبود عمل خوردن مبتلایان به اختلال خوردن را در پی داشت. طبق پژوهش بلورساز مشهدی (۱۳۹۶)، یافته‌ها حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانگان پرخوری عصبی، افسردگی و بهبود تن‌انگاره بود. محمدی و وفایی (۱۳۹۵) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان اکت بر پرخوری هیجانی و استرس در زنان مبتلا به اختلال خوردن اثربخش است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، در واقع به‌واسطه تغییر نگرش افراد مبنی بر پذیرش مشکلات و مسئولیت‌های رفتاری‌شان، عمل خوردن در راستای تعادل پیش می‌رود. به‌علاوه ترغیب فرد برای تعیین ارزش‌ها و اهداف پیش‌بینی مشکلات و موانع در عملی شدن اهداف و متعهد شدن در مسیر رسیدن به اهداف (مالندر، هسر، وینلند، برگوال، باک و همکاران، ۲۰۱۷). از جمله موارد مؤثری است که تغییر رفتار خوردن را منجر شده است. درمانگر در این درمان مشکلات را ارزیابی می‌کند و با فعال‌سازی رفتاری موفقیت درمانجو را سبب می‌شود. با توجه به اینکه اکت یک رویکرد فعال است که همزمان پذیرش و تعهد فرد را بر می‌انگیزد. در مراحل اجرای روند درمانی بر کسب اهداف اساسی درمانجو، کسب و آشنایی با تلاش‌های گذشته برای به انجام رساندن اهداف تأکید دارد که این‌ها آگاهی افراد را افزایش می‌دهد. به‌نحوی

همچنین کاهش کیفیت زندگی رابطه معنادار وجود دارد. داوورت در مطالعه داوورت و همکاران (۲۰۱۶) با عنوان رابطه بین همدلی پرستاران، خود دلسوزی و ابعاد کیفیت زندگی حرفه‌ای: یک مطالعه مقطعی، نتایج نشان داد که همدلی و دلسوزی سه جنبه از کیفیت حرفه‌ای زندگی را پیش‌بینی می‌کند. مدل‌های واسطه‌گری نشان داد که مؤلفه‌های منفی خود دلسوزی برخی از این تأثیرات را توضیح داده و خود مهربانی و انسانیت مشترک تعدیل‌کننده معنادار بودند. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد را جهت توجه به جنبه‌های مختلف زندگی اعم از شغل، خانواده، رشد شخصی، روابط دوستانه و مواردی از این دست با چالش مواجه می‌کند. این درمان ارزش‌ها و انگیزه‌های مراجعین را در نظر دارد، پذیرش بخش قابل توجهی از کار است که در آن ارزش‌ها اهمیت بسیاری دارند. در واقع ارزش‌ها به‌عنوان انگیزه و محرک برای پذیرش عمل می‌کنند. اگرچه پذیرش می‌تواند تجربه‌ای سخت و در برخی موارد دردناک باشد اما در این درمان افراد می‌آموزند که تمامی هیجانات خود حتی هیجانات منفی را بپذیرند و با آن کنار بیایند و به این شکل کاهش مشکلات را تجربه کنند. همچنین از آنجایی که برخی از ابعاد کیفیت زندگی به‌عنوان ارزش در جلسات درمانی مورد توجه قرار می‌گیرند (مانند عملکرد جسمانی، محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی و ...؛) پذیرش و عدم چالش با ابعادی که در درمان به آن توجه می‌شود، می‌تواند منجر به بهبودی بیمار

خشنودی ناشی از آن را تصویرسازی می‌کند از جمله تکنیک‌های به کار گرفته‌شده در این پژوهش بود که می‌توان گفت اثر خود را به‌صورت مدیریت در عمل خوردن و تعادل در آن نشان داد. همچنین طی اجرای این درمان در این پژوهش، تمرین‌هایی چون پاسخ به سؤال چگونه به خود واکنش نشان می‌دهید؟ تهیه دفترچه و ثبت اشتباهات روزانه، یادداشت‌های روزانه درباره شفقت به حال خود و تمرین تصویرپردازی ذهنی نیز بر ولع خوردن بیماران دیابت اثرگذار بود و منجر به کاهش ولع خوردن بیماران مبتلا به دیابت شد.

با توجه به مقایسه تفاوت میانگین‌های دو گروه (۷/۰۵۴) گروه درمان پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت در میزان کیفیت زندگی نشان داده شده است که افرادی که تحت تأثیر درمان پذیرش و تعهد قرار گرفته‌اند نسبت به افرادی که تحت درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفته‌اند. در میزان متغیر کیفیت زندگی در پس‌آزمون اثربخشی بیشتری از خود نشان دادند. این نتیجه با مطالعات (فریرا^۱ و همکاران ۲۰۱۴؛ داوورت^۲، گوویا^۳ و کروز^۴ ۲۰۱۶؛ فتحی و همکاران ۱۳۹۵) همخوان و همسو است. فریرا و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهش نقش محافظت از خود و خود شفقت ورزی در رابطه با علائم روان‌پزشکی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و سرطانی دریافتند که بین شفقت کمتر به خود و افزایش افسردگی و

1. Ferreira
2. Duarte
3. Gouveia
4. Cruz

نامه مشفقانه می‌باشد. نوشتن نامه مشفقانه به خود کمک می‌کند تا افراد تجربه‌های سخت را پردازش کنند و می‌توان آن را در موارد بسیاری به کار برد. وقتی درمان‌جو از نقطه‌نظر شفقت‌نامه‌ای به خود می‌نویسد خودش را جای خود مشفق می‌گذارد و از آن موضع نامه را می‌نویسد یا این‌که تصور می‌کند به‌درستی برای ایشان نامه می‌نویسد یا تصور می‌کند اگر جای آن دوست بود چه برای او می‌نوشت. در این پژوهش به نظر می‌رسد استفاده از تکنیک نوشتن نامه مشفقانه توانسته است افزایش بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت را به همراه داشته باشد.

با توجه به مقایسه تفاوت میانگین‌های دو گروه (۷/۹۱۴-) گروه درمان پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت در میزان پریشانی روان‌شناختی نشان داده شده است که افرادی که تحت تأثیر درمان پذیرش و تعهد قرار گرفته‌اند نسبت به افرادی که تحت درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفته‌اند. در میزان متغیر پریشانی روان‌شناختی در پس‌آزمون اثربخشی بیشتری دارند. این نتیجه با پژوهش‌های (گرتز^۱ و همکاران ۲۰۱۱؛ پورحسینی دهکردی، سجادیان و شعرباف‌چی ۱۳۹۸؛ شاکرنازاد و همکاران ۱۳۹۶) همسو است. طبق پژوهش گرتز و همکاران (۲۰۱۱) با بررسی تأثیر دلسوزی به خود بر شدت نشانه‌های آسیب روانی در بیماران دیابتی دریافتند که دلسوزی به خود پیش‌بینی‌کننده قوی برای سلامت روانی به‌ویژه کاهش افسردگی است و تحمل درد جسمی را نیز در افراد افزایش می‌دهد.

و کیفیت زندگی او شود. در درمان اکت افراد به‌واسطه استعاره‌هایی متوجه می‌شوند که علی‌رغم تجربیات دلخراش، معنی و مقصودی در زندگی وجود دارد که بهتر است آن را کشف کنند و به تغییرات فردی مثبت تشویق می‌شوند (به‌دلیل هدف این درمان)؛ بنابراین این نتیجه حاصل می‌شود که درمان مذکور نیز توانسته است با کمک تکنیک‌های استعاری، تکالیف و همچنین مهارت‌های ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی مراجعان اثر مثبتی داشته است. در واقع به نظر می‌رسد استعاره‌های پراکندگی، مسافران اتوبوس و باتلاق رویکرد اکت در فرایند درمانی این پژوهش منجر به افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت شده است. یکی از مشخصه‌های اشتراکات انسانی، پذیرش این امر است که همه‌ی انسان‌ها نقص و مشکلاتی دارند و ممکن است رفتارهای نابهنجار را تجربه کنند (احمدی و همکاران، ۱۳۹۸). این رویکرد به دلیل همخوانی با زندگی روزمره، می‌تواند بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت مؤثر واقع شود. درمان مبتنی بر شفقت افراد را بر آن می‌دارد که خود را کمتر ارزیابی، انتقاد و سرزنش کنند، با مشکلات و اثرات منفی در زندگی راحت‌تر کنار بیایند. هنگامی که شخص با جنبه‌های مختلف خود کنار می‌آید و به پذیرش و مسئولیت‌پذیری می‌رسد و رضایت نسبی در زندگی به دست می‌آورد که در ارتقاء کیفیت زندگی می‌تواند مؤثر باشد. مداخله‌های بسیاری در این رویکرد بر روی افراد به کار گرفته می‌شود، از جمله تکنیک‌هایی که در این زمینه بر روی کیفیت زندگی مؤثر است، تکنیک نوشتن

برخی از افراد به موقعیت‌هایی که تجارب ناخوشایندی برای آن‌ها دارد توجه نمی‌کنند و از آن دوری می‌گزینند. یکی از اهداف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز این است که زمینه‌ای را برای پذیرش و سازگاری و تعهد ایجاد کند. تمرین‌های زیادی در این درمان در شرایط مختلف کمک‌کننده مراجعان است. از جمله این تمرین‌ها تمرین فرونشانی فکر است، درمان‌جویانی که با نشخوار فکری یا شناخت‌واره‌های مزاحم دست‌وپنجه نرم می‌کنند که آشفتگی روحی را دربر دارد، با تمرین مذکور از درمان‌جویان خواسته می‌شود چشمان خود را ببندند و با جدیت تمام سعی کنند به موضوع مشخصی فکر نکنند (برای مثال، به موز فکر نکن). درمانگر در حین تمرین با بیان مواردی از این دست، وارد کارزار می‌شود: به پوست زرد موز فکر نکن؛ به نحوه‌ی موز پوست کندنت فکر نکن؛ مخصوصاً به خوردن موز فکر نکن؛ و جز این‌ها. تمرین فرونشانی فکر به روشن شدن این مطلب کمک می‌کند که تلاش برای فکر نکردن به موضوعی خاص به ندرت با موفقیت همراه است؛ بنابراین افراد تنها کاری که می‌توانند انجام دهند، پذیرش و کنار آمدن با افکار و احساساتی است که آنان را به ستوه آورده که بدین‌صورت پریشانی روان‌شناختی آنان کاهش می‌یابد. تمرین‌های دیگری نیز در بهبود حالت روان‌شناختی افراد نقش دارد؛ شامل تمثیل مسابقه طناب‌کشی با هیولا، تمثیل همسایه مزاحم و تمثیل ریگ‌های روان که تمامی این تمثیل‌ها به فرد یاد می‌دهند از تقلای بیهوده و جنگ با افکار و

همچنین دلسوزی به خود، کاهش پریشانی روانی را به همراه دارد. پورحسینی و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی دریافتند؛ درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ادراک‌شده و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان اثربخش است. در مطالعه شاکرنژاد (۱۳۹۶) نتایج نشان داد که رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی و رضایت زناشویی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به اسکروز متعدد مؤثر است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، به دلیل ماهیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مبنی بر هدایت افراد به سمت درک تجربه‌های درونی‌شان به‌عنوان یک فکر و پرداختن به ارزش‌ها و امور زندگی به‌جای واکنش و پاسخ نشان‌دادن به تجارب درونی خود؛ و به‌کارگیری مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی در جهت ارتقاء انعطاف‌پذیری، محتمل است که این درمان بدین‌واسطه بر پریشانی روان‌شناختی اثر بگذارد (فورمن و هربرت، ۲۰۰۹). با توجه به تجربه‌ی محقق، درمان مذکور به دلیل حس مسئولیت‌پذیری که در افراد ایجاد می‌کرد و این مورد را به آنان گوش‌زد می‌کرد که در حال انجام کار مهمی هستند و بی‌هدف دست به انجام کاری نمی‌زنند، آرامش خاطر و رهایی از تنش را به همراه داشت. هدف این درمان ایجاد انعطاف‌پذیری و سازگاری روان‌شناختی است، در بحث پذیرش نیز مراجع جهت پذیرش بی‌چون‌وچرا در هر شرایطی ترغیب نمی‌شود. درمانگر موظف است که رفتارهای اجتنابی را شناسایی کرده و به مراجع برای مورد آزمودن قرار دادن آن‌ها کمک کند.

جهت حل آن تلاش نموده و موفق شده است و سپس حالت خشنودی را تجربه می‌کند. این تکنیک می‌تواند این‌گونه در جهت بهبود وضعیت روان‌شناختی بیمار و کاهش پریشانی او عمل کند. همچنین تکنیک نوشتن نامه مشفقانه به خود منجر به توجه فرد و همدلی وی با خود شده که بدین‌صورت توان ارتقاء بخشیدن به حالت روان‌شناختی بیماران را دارد. در این پژوهش نیز به‌کارگیری تکنیک تصویرسازی مشفق و نوشتن نامه مشفقانه به خود توانسته است بر کاهش میزان و نشانه‌های پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت اثرگذار باشد.

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

هیجان‌ات منفی خود دست بردارد و آن‌ها را بپذیرد تا بدین‌ترتیب به آرامش برسد. به‌نظر می‌رسد استعاره فرونشانی فکر، تمثیل‌های همسایه مزاحم، ریگ‌های روان و طناب‌کشی با هیولا در این پژوهش توانسته است حالت روان‌شناختی افراد را بهبود بخشیده و در کاهش پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت اثربخش باشد.

آموزش‌ها و تمرین‌هایی که با هدف افزایش خود شفقتی در افراد انجام می‌گردد، منجر به بهبود اشکال مختلف آشفتگی‌ها می‌شود. افزایش شفقت به خود کاهش نشانه‌های منفی روان‌شناختی و بهزیستی روان‌شناختی و هیجانی را به همراه دارد. از آنجایی‌که بخشی از تکنیک‌های مربوط به درمان شفقت بر مبنای تمرین‌های ذهن‌آگاهی طراحی شده است. توجه هر چه بیشتر مراجع و آگاهی از احساسات و هیجان‌ات، بهبود وضعیت روان‌شناختی را به همراه دارد. آرامش حاصل از شناخت نسبت به خود و اینکه نقص و اشتباه صرفاً شخصی نیست و همه انسان‌ها درجاتی از آن را تجربه می‌کنند، می‌تواند پریشانی روان‌شناختی را کاهش دهد. از جمله تکنیک‌هایی که در این رویکرد به کار گرفته می‌شود تصویرسازی شفقت‌آمیز می‌باشد؛ تکنیکی که در آن فرد شروع به تصویرسازی برای مقابله با رویدادی استرس‌زا در آینده می‌کند. بدین‌صورت که خود را در شرایط مشکل تصور می‌کند که در

منابع

- احمدی، ر، سجادیان، ا و جعفری، ف. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی در زنان مبتلا به ویتیلیگو. *مجله پوست و زیبایی*، ۱۰(۱)، ۲۸-۱۰.
- بلورساز م، هنگامه. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانه‌های پرخوری، افسردگی و تن‌انگاره در مبتلایان به پرخوری عصبی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۹(۱۰)، ۲۲-۲.
- پورحسینی‌دهکردی، ر، سجادیان، ا و شعربافچی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ادراک‌شده و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان. *نشریه علمی روان‌شناسی سلامت*، ۸(۳)(۳۱)، ۵۲-۳۷.
- حر، م، آقایی، ا، عابدی، ا و گل‌پرور، م. (۱۳۹۶). اثربخشی بسته درمان تلفیقی (سبک زندگی سلامت مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی) با درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خود مراقبتی و هموگلوبین گلیکوزیله بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *مجله سبک زندگی اسلامی سالم*، ۲(۲)، ۷۰-۶۶.
- خانلرزاده، ف، عسگری، ک و امینی، م. (۱۳۹۴). بررسی کارکردهای عصب‌روان‌شناختی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۸۵(۸)، ۴۶۵-۴۵۹.
- رامش، س، علیزاده‌مقدم، ا، صفری، ع و فیضی، م. (۱۳۹۷). رابطه‌ی اضطراب، افسردگی و استرس با شدت بیماری دیابت: نقش واسطه‌ای کیفیت زندگی. *مجله دیابت و متابولیسم ایران*، ۱۸(۲)، ۸۹-۸۰.
- رحمتی، آ و جیل‌عاملی، ش. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و شاخص‌های جسمانی بیماران مبتلا به دیابت. *فصلنامه علمی پژوهشی پرستاری دیابت زابل*، ۷(۴)، ۹۲۸-۹۱۵.
- شاکرنژاد، س؛ موذن، ن. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به بیماری اسکروز متعدد. *سلامت و مراقبت*، ۱۹(۱)، از صفحه ۷ تا صفحه ۱۷.
- عصارزادگان، م و ریسی، ز. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر بر کیفیت زندگی و شادکامی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *نشریه علمی روان‌شناسی سلامت*، ۸(۲)، ۱۱۶-۹۷.
- کولیوند، پ. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش پریشانی در بیماران با درد مزمن، *مجله شفای خاتم*، ۲(۳).
- محقق، ح، فرهادی، م و نبی‌زاده، ص. (۱۳۹۶). ارتباط بین شفقت به خود و رفتارهای اختلال خوردن با میانجی‌گری کمال‌گرایی و نارضایتی بدنی. *مجله اندیشه و رفتار*، ۱۱(۴۵)، ۴۶-۳۷.

- محمدی، ک و وفایی مقدم، م. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخوری هیجانی و استرس در زنان دارای اختلال خوردن. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۰(۱۰).
- مرادزاده فهرجی، آ، برجعلی، ا، درتاج، ف و نعمت‌اله‌زاده ماهانی، ک. (۱۳۹۸). اثر افزایش ترکیب روش‌های رژیم‌درمانی و تحریک مستقیم مغزی بر کاهش ولع مصرف غذا در زنان با چاقی سطح یک و دو. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۲، ۴۴۶-۴۵۶.
- Behrouz, B., Bavali, F., Heidarizadeh, N., & Farhadi, M. (2016). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological symptoms, coping styles, and quality of life in patients with type-2 diabetes. *J Health*, 7(2), 236-53.
- Burroughs, T. E., Desikan, R., Waterman, B. M., Gilin, D., & McGill, J. (2004). Development and validation of the diabetes quality of life brief clinical inventory. *Diabetes Spectrum*, 17(1), 41-49.
- Cepeda-Benito, A., Gleaves, D. H., Williams, T. L., & Erath, S. A. (2000). The development and validation of the state and trait food-cravings questionnaires. *Behavior therapy*, 31(1), 151-173.
- Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., & Cruz, B. (2016). Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 1-11.
- ESMALI, K. A., Alizadeh, M., & KHANIZADEH, B. K. (2016). The effectiveness of group Psychotherapy based on acceptance and commitment on quality of life in women with breast cancer, (131-134).
- Fathi Ahmadsaraei, N., Neshat Doost, H. T., Manshaee, G. R., & Nadi, M. A. (2017). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression among patients with type II diabetes. *Iranian Journal of Diabetes and Obesity*, 9(1), 6-13.
- Ferreira, C., Matos, M., Duarte, C., & Pinto-Gouveia, J. (2014). Shame memories and eating psychopathology: The buffering effect of self-compassion. *European Eating Disorders Review*, 22(6), 487-494.
- Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2009). New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies, (12-14).
- Gilbert, P. (2009). 777a compassionate mind: A new approach to life's challenges. *Oakland, CA: New Harbinger*, (15-23).
- Gratz, K. L., Hepworth, C., Tull, M. T., Paulson, A., Clarke, S., Remington, B., & Lejuez, C. W. (2011). An experimental investigation of

- emotional willingness and physical pain tolerance in deliberate self-harm: The moderating role of interpersonal distress. *Comprehensive psychiatry*, 52(1), 63-74.
- Irons, C., & Lad, S. (2017). Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3(1), 1743.
- Margo-Dermer, E., Dépelteau, A., Girard, A., & Hudon, C. (2019). Psychological distress in frequent users of primary health care and emergency departments: a scoping review. *Public health*, 172, 1-7.
- Marsh, I. C., Chan, S. W., & MacBeth, A. (2018). Self-compassion and psychological distress in adolescents—a meta-analysis. *Mindfulness*, 9(4), 1011-1027.
- Mazloomi, S. S., Rezaeian, M., NaghibzadehTahami, A., & Sadeghi, R. (2017). Association between Health-Related Quality of Life and Glycemic Control in Type 2 Diabetics of Sirjan City in 2015. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 16(1), 73-82.
- Miri, A., & NaderiyanFar, F. (2018). The effects of olive oil consumption on symptoms and metabolic factors of diabetes: a review of clinical trials. *Journal of Diabetes Nursing*, 6(3), 584-595.
- Mokkink, L. B., Van Der Lee, J. H., Grootenhuis, M. A., Offringa, M., & Heymans, H. S. (2008). Defining chronic diseases and health conditions in childhood (0–18 years of age): national consensus in the Netherlands. *European journal of pediatrics*, 167(12), 1441-1447.
- Mokkink, L. B., Van Der Lee, J. H., Grootenhuis, M. A., Offringa, M., & Heymans, H. S. (2008). Defining chronic diseases and health conditions in childhood (0–18 years of age): national consensus in the Netherlands. *European journal of pediatrics*, 167(12), 1441-1447.
- Molander, P., Hesser, H., Weineland, S., Bergwall, K., Buck, S., Jäder Malmlöf, J., ... & Andersson, G. (2018). Internet-based acceptance and commitment therapy for psychological distress experienced by people with hearing problems: A pilot randomized controlled trial. *Cognitive behaviour therapy*, 47(2), 169-184.
- Salehi, F., Ahmadian, L., Ansari, R., & Sabahi, A. (2016). The role of information resources used by diabetic patients on the management of their disease. *Medical journal of mashhad university of medical sciences*, 59(1), 17-25.
- Showell, L. J. (2012). Dear me: Exploring the experience of generating self-compassion through letter writing in adults with eating disorders (Doctoral dissertation, University of Leicester), (39 -46).
- Smout, M. F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W., & White, J. M. (2010). Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: a preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy. *Substance abuse*, 31(2), 98-107.
- Zarei, F. (2014). The effectiveness of compassion-focused therapy in treating depression and controlling blood sugar in patients with type 2 diabetes. (MSc Thesis). Kurdistan University, Faculty of Humanities and Social Sciences, (53-58).