

## Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Quality of Life and Self-Care of Patients with Type 2 Diabetes

### ARTICLE INFO

**Article Type**  
Analytical Review

#### Authors

Abootaleb Saeidi<sup>1</sup>,  
Sheida Jabalameli<sup>2</sup>,  
Yousef Gorji<sup>3</sup>,  
Amrollah Ebrahimi<sup>4</sup>

Abootaleb Saeidi, Sheida Jabalameli, Yousef Gorji, Amrollah Ebrahimi, Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Quality of Life and Self-Care of Patients with Type 2 Diabetes. *Islamic Life Style*. 2021; 89-101

1. PhD Student, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran (Corresponding Author).
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Khomeini Shahr Branch, Islamic Azad University, Khomeini Shahr, Iran.
4. Associate Professor, Department of Health Psychology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

\* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: sh.jabalameli@yahoo.com

#### Article History

Received: 2020/11/03

Accepted: 2021/02/28

ePublished: 2021/03/15

### ABSTRACT

**Purpose:** The aim of this study was to compare the effectiveness of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on quality of life and self-care of patients with type 2 diabetes in Shahrekord Diabetes Association in 2018.

**Materials and Methods:** The method of this research is quasi-experimental and for data collection, pre-test-post-test design (three groups) with two experimental groups, a control group and a follow-up group have been used. The statistical population of the study consisted of all patients with type 2 diabetes of Shahrekord Diabetes Association, from which 45 people were selected by available sampling method and randomly divided into two experimental groups (15 people in each group) and one control group (15 people) were appointed. The experimental group of cognitive-behavioral therapy was trained for 9 sessions of 60 minutes and the treatment group based on acceptance and commitment were trained for 8 sessions of 60 minutes and the control group remained on the waiting list. The instruments used in the present study included quality of life of diabetic patients (Thomas et al., 2004) and self-care (Tubert et al., 2000) which were used in two stages of pre-test and post-test. The analysis of the information obtained from the implementation of the questionnaire was performed through spss24 software in two descriptive and inferential sections (repeated analysis of variance).

**Findings:** The results showed that cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy did not have a significant effect on patients' quality of life. The results also showed that both interventions used in this study could significantly improve self-care ( $p < 0.05$ ), with the difference that the intervention based on acceptance and commitment therapy had a greater impact on patients' self-care. The follow-up phase continued.

**Conclusion:** Based on the results of this study, acceptance and commitment based therapy can increase the level of self-care of patients with type 2 diabetes.

**Keywords:** Quality Of Life, Self-Care, Cognitive-Behavioral Therapy, Acceptance And Commitment Therapy, Diabetes

## مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و خود مراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم

ابوطالب سعیدی<sup>۱</sup>

دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

شیدا جبل عاملی<sup>۲\*</sup>

استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران. (نویسنده مسئول).

یوسف گرگی<sup>۲</sup>

استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران.

امراه ابراهیمی<sup>۳</sup>

دانشیار، گروه روان‌شناسی سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف همسنجی اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم در انجمن دیابت شهرکرد در سال ۱۳۹۸ انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** روش تحقیق حاضر نیمه‌تجربی است و برای جمع‌آوری داده‌ها از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون (سه گروهی) با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل و گروه پی‌گیری استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم انجمن دیابت شهرکرد تشکیل دادند که از بین آن‌ها، ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری ۹ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار ماندند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل کیفیت زندگی بیماران دیابتی توماس و همکاران، ۲۰۰۴ و خودمراقبتی توبرت و همکاران، ۲۰۰۰ بودند که در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد استفاده قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل اطلاعات به‌دست‌آمده از اجرای پرسش‌نامه از طریق نرم‌افزار SPSS24 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل واریانس مکرر) انجام گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر معناداری نداشته است. همچنین نتایج نشان داد که هر دو مداخله به کار رفته در این پژوهش می‌توانند به‌طور معناداری خودمراقبتی را بهبود ببخشند ( $p < 0.05$ )، با این تفاوت که مداخله مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد دارای تأثیر بیشتری بر خودمراقبتی بیماران بود همچنین این اثربخشی در مرحله پی‌گیری نیز ادامه داشت.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج این پژوهش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند میزان خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم را افزایش دهد.

**کلید واژه‌ها:** کیفیت زندگی، خودمراقبتی، درمان شناختی رفتاری، درمان پذیرش و تعهد، دیابت.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۸/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۱۰

\*نویسنده مسئول: sh.jabalameli@yahoo.com

### مقدمه

دیابت یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن است که توجه روزافزون متخصصان سلامت را به خود جلب کرده است و حوزه مناسبی برای بررسی اثربخشی مداخله‌های روان‌شناختی است. دیابت نوع ۲ که در حدود ۹۰ الی ۹۵ درصد افراد دیابتی به آن مبتلا می‌باشند (۱)، انجمن دیابت ایران، آمار بیماران مبتلا به دیابت در سال ۱۳۸۸ را بالغ بر ۲ میلیون و ۷۰۰ هزار نفر برآورد کرده است که در گروه سنی ۱۵ تا ۶۵ سال قرار دارند و ۳ میلیون نفر به اختلال تحمل گلوکز مبتلا می‌باشند و متأسفانه از بیماری خود اطلاعی ندارند. این در حالی است که هر پانزده سال یک‌بار، این آمار سه برابر می‌شود (۲). دیابت نوع دوم به دسته‌ای از بیماری‌های سوخت و سازی گفته می‌شود که افزایش سطح قند خون به دلیل نقص در ترشح انسولین، و نقص در عملکرد آن و یا هر دو مشخص می‌گردد (۳). افزایش قند خون معمولاً به ناتوانی، مرگ زودهنگام و مشکلات گسترده در روابط اجتماعی منجر می‌شود و در صورت مدیریت ضعیف حتی می‌تواند به مرگ‌ومیر هم بینجامد (۴). در سبب‌شناسی دیابت نوع ۲، عوامل محیطی نقش به‌سزایی دارند (۵). همچنین بروز عوارض در این بیماران شایع است به‌ویژه عوارض بلندمدت نظیر عوارض قلبی، چشمی، کلیوی، روان‌شناختی، ارتباطات فردی، خانوادگی و اجتماعی. درمان این مشکلات، بیماران و دولت را با هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم سنگینی مواجه می‌کند (۶). اختلالات روان‌شناختی یکی از شایع‌ترین عوارض مذکور می‌باشد که بر توانایی بیمار در انجام و تداوم مراقبت‌های پزشکی توصیه‌شده به‌طور منفی تأثیرگذار است و باعث کاهش کیفیت زندگی در آنان می‌گردد (۷).

کیفیت زندگی برآیند مهم سلامتی به شمار می‌رود و به‌عنوان یک موضوع اصلی در مراقبت از بیماران مختلف از جمله بیماران مبتلا به دیابت مورد توجه قرار می‌گیرد، چرا که از جمله عوارض دیابت تأثیر بر کیفیت زندگی این بیماران است. بر اساس توصیه سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۹) کیفیت زندگی به برداشت شخصی یک فرد از موقعیت زندگی‌اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی جامعه‌اش و نیز رابطه آن با اهداف، انتظارات، استانداردها و احتیاجاتش گفته می‌شود (۸). از آنجا که در مطالعات متعدد (۹) گزارش شده است که دیابت بیماری مزمنی بوده که کیفیت زندگی بیماران دیابتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین در مطالعات دیگری که در کشور انجام شده است شیوع دیابت خصوصاً دیابت نوع دو شایع بوده و اکثریت مبتلایان به دیابت نوع دو، سطح کیفیت زندگی پایینی داشتند (۱۰)، چرا که این بیماری با ماهیت مزمن خود به یکی از مهم‌ترین و پر عارضه‌ترین بیماری‌ها تبدیل شده که سالانه هزینه‌های زیادی را بر فرد و خانواده آن‌ها تحمیل می‌کنند (۱۱).

همچنین دیابت نوع ۲ از بیماری‌هایی است که در صورت همبودی با خود مراقبتی<sup>۱</sup> و مهارت‌های خود مدیریتی پایین، تشدید می‌شود. لذا ایجاد دانش و مهارت در مورد رفتارهای خود مدیریتی می‌تواند

<sup>۱</sup> - self-care

در رژیم غذایی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ مؤثر باشد. کلارک<sup>۵</sup> و همکاران (۲۱) نیز با هدف بررسی مداخله شناختی-رفتاری مبتنی بر وب بر بهبود کارکردهای اجتماعی و شغلی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ نشان دادند که مداخله شناختی-رفتاری مبتنی بر وب می‌تواند منجر به بهبود کارکردهای اجتماعی و شغلی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ شود. گائو<sup>۶</sup> و همکاران (۲۲) نیز با هدف بررسی امکان‌سنجی و اثربخشی مداخله مدیریت خود با تأکید بر درمان شناختی رفتاری بر بهبود مهارت‌های خود مدیریتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ نشان دادند که مداخله مدیریت خود بر بهبود مهارت‌های خود مدیریتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مؤثر بوده است. همچنین بعد از ۱۲ ماه تفاوت معناداری در میزان قند خون افراد تحت آموزش با گروهی که آموزش ندیده بودند وجود داشت.

درمان پذیرش و تعهد را نیز می‌توان ترکیبی از استراتژی‌های پذیرش و خودآگاهی برای تغییر رفتار آشکار توصیف کرد که برای بهبودی چیزی که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نامیده می‌شود، تلاش می‌کند. بنابراین از جمله اهداف پایه در درمان پذیرش و تعهد، ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است (۲۳). در این درمان، شناخت‌ها و هیجان‌ها در بافت زمینه‌ای پدیده‌ها بررسی می‌شوند. به همین دلیل، به جای رویکردهایی مانند درمان شناختی-رفتاری که شناخت‌ها و باورهای ناکارآمد را اصلاح کرده تا هیجان‌ها و رفتارها اصلاح شود، در اینجا به بیمار آموزش «اینجا و اکنون» داده می‌شود که در گام اول هیجان‌های خود را بپذیرد و در زندگی از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری برخوردار شود. به همین دلیل در این درمان‌ها فنون شناختی-رفتاری سستی را با ذهن آگاهی ترکیب می‌کنند (۲۴). پذیرش و تعهد درمانی از فرایندهای پذیرش، تمرکز ذهنی، تعهد و فرایندهای تغییر رفتار به منظور ایجاد انعطاف‌پذیری استفاده می‌کند (۲۵). نتایج تحقیقات واکفیلد، روبوک و بویدن<sup>۷</sup> (۲۶) نشان‌دهنده اهمیت پذیرش روانی به‌خصوص در مورد عملکردهای روان‌شناختی است، و بیمارانی که گزارش می‌کنند تمایل بیشتری برای تجربه کردن تجارب روان‌شناختی منفی، تجارب هیجانی و افکار و خاطرات نامطلوب دارند عملکرد اجتماعی، فیزیکی و هیجانی بهتری را نشان می‌دهند. همچنین نتایج پژوهش ریان، پاکنهام<sup>۸</sup> و بورتون<sup>۸</sup> (۲۷)، نشان داد که شناخت‌های مرتبط با دیابت و پذیرش دیابت با سطح هموگلوبین پایین‌تر مرتبط است همچنین مهارت‌های پذیرش احتمالاً تغییرات واقعی در رابطه با دیابت ایجاد می‌کند. همچنین اثربخشی راهبردهای پذیرش و تعهد بر بهبود کارکرد و کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن دیگر نیز بررسی گردیده و مطالعات نشان داده است که گروهی که تحت

در پیشگیری و تشخیص زودهنگام عوارض بیماری نقش مهمی داشته باشد. مدیریت خود یک استراتژی فردی است که فرد از طریق آن رفتارهای خود را مدیریت و کنترل می‌کند که از بروز رفتارهای منفی در خود جلوگیری کند (۱۲). خود مدیریتی وسیله اصلی در کنترل در بیماری دیابت نوع می‌باشد که شامل فعالیت بدنی، تغذیه سالم، پابندی به داور و دستورات پزشکی، کنترل قند خون و حل مسأله مرتبط با سلامت خود در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌شود (۱۳). لذا خود مدیریتی در بیماران مبتلا به دیابت به عنوان یک راهبرد می‌تواند به افراد کمک کند تا سطح قند خون بیماران را کنترل کرده و از عوارض شدید بیماری خود جلوگیری کنند (۱۴). افزون بر اینکه خود مدیریتی یک راهبرد مهم در حفظ و کنترل قند خون بیماران مبتلا به دیابت به شمار می‌رود، داشتن سبک زندگی سالم همراه با تحرک بدنی کافی است (۱۵).

مداخلات در درمان پذیرش و تعهد برای دیابت، با هدف مدیریت پریشانی‌های مرتبط با دیابت که ایجاد چالش‌های هیجانی می‌کنند و همچنین برای بهبودی مهارت‌های خود مدیریتی انجام می‌شود (۱۶). درمان شناختی-رفتاری سال‌هاست که برای درمان اختلالات از جمله اضطراب<sup>۱</sup>، افسردگی<sup>۲</sup>، ترس<sup>۳</sup> و غیره مورد استفاده قرار می‌گیرد و شواهد قوی‌ای وجود دارد که درمان شناختی-رفتاری اثرات قابل توجهی را بر بهبود مشکلات بیماران به دیابت نوع ۲ دارد (۱۷). اساس نظریه شناختی رفتاری این است که رفتار و شناخت‌های مشکل‌زا بر اساس انواع خاصی از الگوهای تکراری تعامل یاد گرفته می‌شوند و تداوم می‌یابند (۱۸). گروه درمانی شناختی-رفتاری می‌تواند به عنوان درمانی تعریف شود که علاوه بر فنون مشترک درمان شناختی-رفتاری برای تغییر اختلالات، ناسازگاری‌ها و بدکار کردی‌ها، ادراک‌ها، رفتارها و نگرش‌ها از شیوه گروهی پویا استفاده می‌کند. گروه‌درمانی شناختی-رفتاری مستقیماً از نوع فردی آن نشأت گرفته است (۱۹). در روش رفتاردرمانی شناختی تلاش می‌شود به بیمار کمک گردد تا بتواند افکار و تصوراتش را در مورد مشکلات و ناراحتی‌های زندگی ارزیابی کند. آن‌ها را با واقعیت‌های عینی بسنجد، تحریف‌های شناختی خود را تصحیح نماید، آنگاه یافته تعدیل‌شده خود را که همان شناخت جدید می‌باشد درباره خود، جهان و آینده به‌دست آورد و تصورات ناکارآمد را کاهش دهد. حوزه رفتاردرمانی شناختی شامل شناخت افکار منفی و نحوه مقابله با آن‌ها هم می‌باشد (۱۷). در همین رابطه کومینگس<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰) با هدف بررسی مداخله شناختی-رفتاری بر دیابت نوع ۲ همبود با افسردگی یا پریشانی مرتبط با رژیم غذایی نشان دادند که مداخله شناختی-رفتاری می‌تواند بر کاهش افسردگی یا پریشانی مرتبط با

<sup>۵</sup> - Clarke

<sup>۶</sup> - Guo

<sup>۷</sup> - Wakefield, Roebuck & Boyden

<sup>۸</sup> - Ryan, Pakenham & Burton

<sup>۱</sup> - anxiety

<sup>۲</sup> - depression

<sup>۳</sup> - phobias

<sup>۴</sup> - Cummings

حاملگی، آزمودنی به‌طور منظم در تمام کلاس‌ها حضور پیدا نکند و یا به هر دلیلی بیمار تمایلی به ادامه شرکت در پژوهش نداشته باشد نیز به‌عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد. قبل از ورود بیماران به پژوهش در مورد چگونگی طرح و اهداف مداخله‌ها داده شد و از شرکت‌کنندگانی که تمایل به حضور در پژوهش داشته باشند رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید. قبل از شروع درمان‌ها سطوح هموگلوبین گلیکوزیله آن‌ها ارزیابی و ثبت شد همچنین میزان کیفیت زندگی و خود مراقبتی شرکت‌کننده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. در پایان هر جلسه از جلسات مداخله شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد به مراجعان تکالیف مناسبی داده شد و در ابتدای جلسه بعد مرور شده و به آن‌ها بازخورد سازنده داده شد. لازم به ذکر است توضیحات لازم در مورد آگاهی از اهداف مطالعه، مشارکت داوطلبانه، رعایت حریم خصوصی، حفظ اسرار، عدم ثبت مشخصات شناسایی، حق انصراف از ادامه در همه مراحل جمع‌آوری داده‌ها در مطالعه ارائه و رضایت آن‌ها برای شرکت در مطالعه و تأیید کمیته اخلاق و درجه کد کمیته اخلاق (IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1398.104)، نیز اخذ شد. جلسات درمان‌های شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد در جدول (۱ و ۲) آورده شده است.

ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل کیفیت زندگی بیماران دیابتی و خود مراقبتی (۳۰) بودند. پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۱ و ۲ ساخته شده و دارای ۱۵ سؤال است و نمره‌گذاری بر اساس طیف لیکرت از کاملاً ناراضی تا کاملاً راضی است. حداقل نمره ۱۵ و حداکثر نمره ۷۵ می‌باشد. نمرات ۱۵ تا ۳۰ کیفیت زندگی پایین، ۳۰ تا ۴۵ کیفیت زندگی متوسط و ۴۵ به بالا کیفیت زندگی بالا را نشان می‌دهد. در پژوهش نصیحت‌کن و همکاران (۳۱) پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۷۷٪ گزارش شده است. لازم به ذکر است که آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۶ بدست آمد. پرسشنامه خود مراقبتی: رفتارهای خود مراقبتی با استفاده از مقیاس خود مراقبتی دیابت توبرت و همکاران (۳۰) فراهم گردید. پرسشنامه، خلاصه‌ای از رفتارهای مراقبت از خود برای افراد دیابتی جهت سنجش رفتار مراقبت از خود است. این پرسشنامه ابزار خود گزارشی معتبر ۱۵ سؤالی است که در نسخه اصلی چهار جنبه از مدیریت شخصی بر دیابت (رژیم غذایی، ورزش، بازبینی قند خون و تزریق انسولین) و در نسخه پنج جنبه (رژیم غذایی، ورزش، آزمایش قند خون، مراقبت از پا و سیگار کشیدن) را طی هفت روز گذشته مورد بررسی قرار می‌دهد. این ابزار در مقیاس هفت گزینه‌ای لیکرت نمره‌گذاری شده است. آلفای کرونباخ در خصوص پرسشنامه خود مراقبتی در بیماران دیابتیک در مطالعه‌ای که ضاربان و همکاران (۳۲) انجام داده بودند ۰/۸۹ به دست آمد. طیف پاسخ‌ها از صفر (در هفت روز گذشته هیچ فعالیت خود مراقبتی نداشته است) تا ۷ (هر هفت روز گذشته فعالیت‌های خود مراقبتی را انجام داده است) می‌باشد. مثلاً یک سؤال نیز مربوط به

درمان با این رویکرد قرار داشته‌اند نسبت به گروه کنترل از کارکردهای بالاتر و کیفیت زندگی بهتر و بهزیستی روان‌شناختی بالاتر برخوردار بوده‌اند (۲۸).

با توجه به این که دیابت یکی از شایع‌ترین و پرهزینه‌ترین بیماری‌های مزمن است که محدودیت‌های زیادی در فعالیت‌های بیمار ایجاد می‌کند و به علت پایین بودن سطوح سلامت هیجانی و کاهش بهزیستی روانی و فعالیت‌های خود مراقبتی بیمار را به نتایج نامطلوب دیگری همچون افت کیفیت زندگی، کنترل متابولیک نامطلوب و افزایش نرخ مرگ‌ومیر سوق می‌دهد. در این راستا مداخلات درمانی زیادی با هدف‌های مختلف صورت گرفته است. برخی از این مداخلات روی اطلاعات ضعیف بیماران از بیماری دیابت متمرکز شده، بعضی‌ها، درمان اختلالات روانی مرتبط با دیابت را هدف قرار داده، برخی دیگر بر روش‌های مدیریت وزن و استرس تمرکز نموده‌اند و بالاخره بعضی از مطالعات نیز مسأله میزان پذیرش روش‌های درمانی بیماران دیابتی و تقویت ارتباطات و افزایش حمایت اجتماعی را مرکز ثقل درمان معرفی کرده‌اند (۲۹). بنابراین علیرغم کارهای زیاد صورت گرفته در زمینه درمان بیماران دیابتی، و بعضاً نتایج ضد و نقیض به دست آمده، هنوز ابهامات و سردرگمی زیادی در این زمینه به چشم می‌خورد ابهاماتی که منجر به افزایش آسیب‌ها، طولانی شدن و پرهزینه شدن درمان مبتلایان می‌گردد. با توجه به آنچه ذکر شد، مسأله اصلی مطرح شده در این پژوهش، این خواهد بود: که آیا روش‌های مداخله‌ای آموزش شناختی رفتاری و نیز درمان پذیرش و تعهد به تفکیک در کیفیت زندگی و خود مراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مؤثر هستند؟ و این که آیا بین میزان اثربخشی دو روش مذکور بر روی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، تفاوت وجود دارد؟

#### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با مرحله پی‌گیری با فاصله زمانی ۲ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم انجمن دیابت شهرکرد تشکیل دادند. در این پژوهش ۴۵ بیمار با روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شد. گروه آزمایش در زمان شناختی رفتاری در ۹ جلسه و گروه درمان پذیرش و تعهد در ۸ جلسه آموزش دید و گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماند. روند اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از هماهنگی با انجمن دیابت شهرکرد، و با توجه به معیارهای ورود و خروج از مطالعه نمونه‌ها انتخاب گردید. معیارهای ورود به پژوهش شامل مردان و زنان مبتلا به دیابت نوع دو، عدم ابتلا به بیماری روان‌پزشکی طبق معیارهای DSM5، فقدان آمپوتاسیون (قطع عضو) و نقص عضو، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی، تحصیلات حداقل دیپلم، سن ۲۰ تا ۵۰ سال، عدم دریافت هر گونه برنامه آموزشی دیگر قبل و در حین انجام مداخله‌ها، رضایت برای شرکت در مطالعه بود. داشتن دیابت نوع یک یا دیابت دوران

مدیریت ۱. بررسی تکلیف جلسه قبل، ۲. توضیح  
 حل مسأله در مورد استرس و اثرات آن بر دیابت، ۳.  
 هفتم و آموزش مدیریت استرس و راهکارهای حل  
 تن آرامی مسأله، ۴. آموزش آرام سازی عضلانی

۱. بررسی تکلیف جلسه قبل، ۲. تعریف  
 عزت نفس، ۳. بیان اینکه چگونه ارزیابی  
 هشتم عزت نفس منفی موجب عزت نفس پایین می شود،  
 ۴. راهبرد هایی برای بهبود عزت نفس، ۵.  
 توزیع کاربردگر خودآنگاره

۱. بررسی تکلیف جلسه قبل، ۲. برنامه  
 ریزی برای پیشگیری از عود، ۳. بیان  
 نهم پیشگیری ضرورت تمرین مهارت های کسب شده  
 از عود در طول جلسات، ۴. ارزیابی پیشرفت کار  
 و مهارت کسب شده

جدول ۲. محتوای جلسات ACT

جلسه محتوای جلسات درمان پذیرش و تعهد  
 موضوع جلسه: فهم کامل ماهیت بیماری دیابت و  
 شناخت راهبردهای مقابله با آن. محتوای جلسه: معارفه  
 تک تک اعضا، تشریح قوانی و قواعد مشاوره گروهی  
 توسط گروه، تعیین اهداف زیربنایی، تعیین کوشش های  
 قبلی مراجعین جهت مقابله با اضطراب، توصیف افکار و  
 نشانه ها، استعاره ببر گرسنه، معرفی سیستم کنترل  
 ناکارآمد به مراجعین، یادآوری این که کنترل خود  
 مشکل ساز است، تکلیف خانگی: چگونه من در برابر  
 اضطراب تسلیم شدم؟  
 جلسه اول

موضوع جلسه: کنترل به عنوان یک مشکل و کنترل  
 رویدادهای شخصی. محتوای جلسه: ارائه استعاره مرد در  
 گودال، استعاره کیک شکلاتی، توجه به اشتیاق مراجع،  
 تکلیف خانگی: بر گره نگرانی ذهن آگاه  
 جلسه دوم

موضوع جلسه: پرداختن به تجربه مراجع و تقویت و  
 بازشناسی او از این موضوع که کنترل خود معضل است.  
 محتوای جلسه: استعاره طناب کشی با غول، استعاره  
 دروغ سنج، تاکید بر اهمیت ارتقا و پرورش ذهن آگاهی.  
 تکلیف خانگی: بر گره عملکرد نگرانی چیست؟  
 جلسه سوم

موضوع جلسه: ایجاد یک جهت گیری برای توسعه  
 مهارت های ذهن آگاهی به عنوان جایگزینی برای  
 نگرانی و معرفی مفهوم. محتوای جلسه: استعاره  
 پلیگراف، تمرین استعاره شیر، شیر، اشتیاق به عنوان  
 جایگزینی برای کنترل استعاره دو مقیاس، دستورالعمل  
 مربوط به اشتیاق، هیجانان شفاف در مقابل هیجانان  
 مبهم، معرفی ذهن آگاهی از طریق تمرین نفس کشیدن به  
 طور ذهن آگاه، تکلیف خانگی: ادامه تمرین ذهن آگاهی  
 جلسه چهارم

موضوع جلسه: معرفی اهمیت ارزش ها، چگونگی تمایز  
 آن ها از اهداف و تعیین اهداف رفتاری ساده، به منظور  
 پنجم

سیگار کشیدن با امتیاز ۷ و ۰ است. اگر سیگار می کشد نمره ۰ و  
 اگر سیگار نمی کشد نمره ۷ تعلق خواهد گرفت. حداکثر نمره  
 پرسشنامه نیز ۷۸ می باشد. نمرات بالاتر نشان دهنده این است که  
 بیمار طی هفت روز گذشته خود مراقبتی مطلوب تری داشته است  
 (۳۳) نمره دهی سؤال ۴ پرسشنامه مذکور به صورت معکوس انجام  
 می شود. لازم به ذکر است که آلفای کرونباخ پرسشنامه در  
 پژوهش حاضر ۰/۷۸ بدست آمد.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان شناختی رفتاری

جلسه	عنوان	محتوای جلسه
اول	آشنایی و آموزش اولیه	۱. معرفی اعضا و آشنایی با اصول و قوانین گروه درمانی شناختی - رفتاری، ۲. ارائه اطلاعات پایه در مورد درمان شناختی - رفتاری، ۳. جنبه های روان شناختی دیابت و نقش باور افکار و شناخت های بیماری در کیفیت زندگی، خود مراقبتی بیماران دیابت

دوم	افکار، احساسات، رفتار	۱. توضیح درباره افکار، احساسات و رفتار، ۲. تفاوت رفتار، احساسات، افکار، ۳. سبک های ناکارآمد تفکر، بیان خطاهای شناختی، ۴. توضیح کاربردگر بازسازی افکار
-----	-----------------------	---

سوم	بازسازی افکار	۱. مروری بر تکلیف جلسه قبل، ۲. تشریح چهار گام بازسازی افکار (شناسایی افکار، ارزیابی افکار، تغییر افکار، تعیین اثرات افکار اصلاح شده)، ۳. توزیع مجدد کاربردگر بازسازی افکار
-----	---------------	--

چهارم	نشانه ها و زنجیره ها	۱. بررسی تکلیف جلسه قبل، ۲. بررسی زنجیره علت، پاسخ، پیامد، ۳. بیان راهبردهای برای شکستن زنجیره مخرب، ۴. ارائه تکلیف
-------	----------------------	---

پنجم	جرأت ورزی	۱. بررسی تکلیف قبل، ۲. تعریف رفتار جرأت مندانه، ۳. تصور موقعیتی که در آن رفتار جرأت مندانه داشتن مشکل است، ۴. خودگویی های پیشنهادی برای افزایش جرأت ورزی، ۵. نمونه ای از افکار خودگویی های منفی که مانع جرأت ورزی می شود
------	-----------	--

ششم	تکانشگری، خودکنترلی و بالا بردن خلق	۱. تعریف تکانه و بحث در مورد مدیریت تکانش ها و راه هایی برای خود کنترلی بیشتر، ۲. راهکارهایی در مورد بالا بردن خلق و افزایش رویدادهای خوشایند، ۳. توزیع کاربردگر فعالیت های خوشایند
-----	-------------------------------------	---

عنوان یک فرآیند، شناسایی گام های عملیاتی اهداف کوچک تر در خدمت اهداف بزرگ تر، ارائه استعاره باغداری، موانع رسیدن به اهداف و اشتیاق ها جهت پذیرش آنها، استعاره حباب در جاده، استعاره مسافران در اتوبوس، استعاره صعود به قله، شناسایی یک عمل با ارزش هدف رفتاری برای انجام در طول هفته، تکلیف خانگی: انجام یک عمل با ارزش مشخص

تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه ها از طریق نرم افزار SPSS24 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل واریانس مکرر) انجام پذیرفت.

**یافته ها**

در جدول ۳، میانگین و انحراف استاندارد مربوط به گروه های مورد مطالعه در پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری به تفکیک ارائه شده است.

رسیدن به ارزش های مشخص. محتوای جلسه: معرفی ارزش ها، بحث در خصوص ارتباط بین اهداف و ارزش ها، انتخاب ارزش ها، انتخاب ها در مقابل قضاوت ها/تصمیم ها، شناسایی یک عمل با ارزش هدف رفتاری (جهت انجام در طول هفته): تکلیف خانگی: ارائه برگه شناسایی ارزش ها، انجام یک عمل با ارزش

موضوع جلسه: تداوم ایجاد جهت گیری نسبت به ذهن آگاهی و ارائه شیوه های عملی برای پرورش گسلش. محتوای جلسه: شناسایی ارزش ها، استفاده از استعاره سنگ قبر، دستورالعمل مهارت های ذهن آگاهی، تمرین افزایش ذهن آگاهی، تکلیف خانگی: شناسایی یک عمل با ارزش هدف رفتاری جهت انجام در طول هفته

موضوع جلسه: توجه به عملکرد هیجانانگیز، عادت به اجتناب رفتاری و تمایز بین هیجانانگیز واضح و مبهم، محتوای جلسه: دستورالعمل و مباحثه در مورد عملکرد هیجانانگیز، دستورالعمل کنترل چرخه هیجانی، اجتناب هیجانی، استعاره اجاق داغ، هیجانانگیز واضح در مقابل هیجانانگیز مبهم. تکلیف خانگی: تمرین ذهن آگاهی، شناسایی یک عمل با ارزش، تعیین هدف رفتاری در هفته

موضوع جلسه: ارائه ایده تعهد به عنوان ابزاری برای حرکت به سوی اهداف مشخص و تقویت انتخاب ها جهت رسیدن به آن اهداف، محتوای جلسه: تعهد به

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیر کیفیت زندگی و خود مراقبتی به تفکیک گروه های آزمایشی و گروه کنترل

متغیر	شاخص	پیش آزمون			پس آزمون			پیگیری
		CBT	ACT	کنترل	CBT	ACT	کنترل	
کیفیت زندگی	M	۳۶/۸۰	۳۹/۵۳	۴۴/۴۰	۴۵/۶۰	۵۲/۲۶	۴۲/۵۳	۴۲/۷۳
	SD	۹/۲۲	۱۵/۱۷	۹/۰۶	۱۱/۴۱	۶/۷۱	۸/۷۵	۸/۴۳
خود مراقبتی	M	۳۹/۴۰	۴۳/۵۳	۴۱/۰۶	۶۵/۷۳	۵۳/۴۶	۳۹/۷۳	۳۹/۰۰
	SD	۱۶/۴۲	۱۲/۴۵	۱۰/۱۳	۱۶/۷۳	۱۴/۷۷	۹/۸۰	۱۰/۰۴

جدول ۴. نتایج آزمون باکس تساوی کواریانس های نمرات متغیرهای وابسته در سه گروه

باکس ام (Boxes M)	F
۵۳۴/۴۴	۱/۹۶۱
	Df1
	۱۵۶
	Df2
	۴۷۰۰/۲۵
	Sig
	۰/۰۰۰

بر اساس جدول ۴ سطح معنی داری محاسبه شده کوچک تر از ۰/۰۱ می باشد لذا متغیرهای وابسته دارای تساوی کواریانس های نمی باشند. ( $p < ۰/۰۵$ )

بر اساس جدول ۳ میانگین و انحراف معیار متغیر کیفیت زندگی در پیش آزمون در گروه پذیرش و تعهد برابر با ۳۹/۵۳ و ۱۵/۱۷ و در پس آزمون ۵۲/۲۶ و ۱۱/۴۱ و در مرحله پیگیری برابر با ۴۵/۶۰ و ۹/۰۶ و در گروه شناختی رفتاری در ۱۰/۸۸ بدست آمده و در گروه شناختی رفتاری در پیش آزمون ۳۶/۸۰ و ۹/۲۲ و در مرحله پس آزمون ۴۴/۴۰ و ۱۱/۴۱ و در مرحله پیگیری ۴۵/۶۰ و ۶/۷۱ و در مرحله پیگیری ۴۴/۹۳ و ۶/۹۹ در متغیر خود مراقبتی پیش آزمون در گروه پذیرش و تعهد برابر با ۴۳/۵۳ و ۱۲/۴۵ و در پس آزمون ۶۵/۷۳ و ۱۶/۷۳ و در مرحله پیگیری برابر با ۶۵/۷۳ و ۱۶/۷۳ بدست آمده و در گروه شناختی رفتاری در پیش آزمون ۳۹/۴۰ و ۱۶/۴۲ و در مرحله پس آزمون ۵۳/۴۶ و ۱۴/۷۷ و در مرحله پیگیری ۴۳/۵۳ و ۱۲/۴۵ بدست آمده است.

جدول ۵. آزمون کرویت موجلی (یکنواختی کواریانس)

اندازه‌گیری	موجلی (W)	Df	سطح معنی‌داری	اپسیلون		
				گرسین هاوس	هاینی-فلدت	لور-بونند
کیفیت زندگی	/۱۸۹	۲	/۰۰۰	/۵۵۲	/۵۸۳	/۵۰۰
خود مراقبتی	/۰۳۱	۲	/۰۰۰	/۵۰۸	/۵۳۳	/۵۰۰

برای اجرای آزمون تحلیل کواریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، فرض همگن بودن کواریانس‌ها با استفاده از آزمون پیش‌فرض کرویت موجلی مورد بررسی قرار گرفت با توجه به نتایج این آزمون ( $p < ۰/۰۱, df = ۲, W = ۰/۴۶۶$ ) که معنی‌دار گردید، از آزمون گرسین هاوس گیرز استفاده گردید که نتایج این آزمون ( $F = ۱۰۵/۹۷, df = ۱/۰۷, p < ۰/۰۵$ ) نشان داد که فرض همگنی کواریانس‌ها برقرار است. آزمون گرسین هاوس گیرز با ایجاد اصلاحی در درجات آزادی درون‌گروهی امکان افزایش خطای نوع اول را مهار می‌کند.

جدول ۶. نتایج آزمون اثرهای درون آزمودنی‌ها

اثر	آزمون	ارزش	f	Df فرضیه	Df خطا	سطح معنی داری	ضریب اتا
اثر زمان	اثر پیلاپی	/۹۵۵	۱۸/۷۴	۸	۱۶۴	/۰۰۰	/۴۷۸
	لامبدای ویلکز	/۰۷۳	۵۴/۴۷	۸	۱۶۲	/۰۰۰	/۷۲۹
	هتلینگ	۱۲/۲۲	۱۲۲/۲۷	۸	۱۶۰	/۰۰۰	/۸۵۹
تعامل گروه و زمان	ریشه روی	۱۲/۱۹	۲۴۹/۹۹	۴	۸۲	/۰۰۰	/۹۲۴
	اثر پیلاپی	۱/۱۲۲	۸/۱۸۷	۱۶	۳۳۶	/۰۰۰	/۲۸۱
	لامبدای ویلکز	/۰۸۲	۱۹/۶۱۰	۱۶	۲۴۸	/۰۰۰	/۴۶۴
	هتلینگ	۸/۶۹۶	۴۳/۲۱۱	۱۶	۳۱۸	/۰۰۰	/۶۸۵
	ریشه روی	۸/۴۰۹	۱۷۶/۵۸	۴	۸۴	/۰۰۰	/۸۹۴

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که تحلیل چند متغیره برای اثر عضویت گروهی معنی است ( $p < 0.05$ ). به عبارت دیگر، مراحل پژوهش شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون به صورت کلی با یکدیگر تفاوت دارند همچنین تعامل زمان و گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

پس‌آزمون کیفیت زندگی /۳۱۷ ۲ ۴۲ /۱۰۴  
 پیگیری کیفیت زندگی /۴۱۵ ۲ ۴۲ /۱۸۱  
 پیش‌آزمون خود مراقبتی /۱۰۶ ۲ ۴۲ /۲۳۳  
 پس‌آزمون خود مراقبتی /۱۰۵ ۲ ۴۲ /۰۲۲  
 پیگیری خود مراقبتی /۱۰۹ ۱ ۲۸ /۰۲۲

جدول ۷. آزمون لوین برای بررسی فرض برابری واریانس

sig	Df2	DF1	F
/۰۲۵	۴۲	۲	/۶۰۳

جدول ۸. آزمون اثر بین آزمودنی‌های

کیفیت زندگی	مجموع مجدورات	Df	میانگین مجدورات	f	سطح معنی داری	ضریب اتا
خود مراقبتی	۷۴۴/۸۱۵	۲	۳۷۲/۴۰	۱/۳۱	/۲۸۰	/۰۵۹
	۷۴۵۶/۹۳	۲	۳۷۲۸/۴۶	۷/۱۱	/۰۰۲	/۲۵۳

بر اساس جدول ۸ در متغیرهای خود مراقبتی تفاوت معنی‌داری وجود دارد لذا سه گروه تفاوت دارند لذا برای بررسی دوبه‌دو گروه‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده خواهد شد.

جدول ۹. آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه دوبه‌دو گروه‌های پژوهش در متغیر خود مراقبتی

گروه مبنا	گروه مقایسه	میانگین تفاوت‌ها	خطای استاندارد	معناداری
ACT	CBT	۹/۴۶	۴/۸۲	/۱۷۰
CBT	کنترل	۱۸/۲۰	۴/۸۲	/۰۰۲
خود مراقبتی	ACT	۹/۴۶	۴/۸۲	/۱۷۰
کنترل	CBT	۸/۷۳	۴/۸۲	/۲۳۳

بر اساس جدول ۹ از بین متغیرهای وابسته تحقیق متغیر خود مراقبتی معنی‌دار می‌باشد (متغیر مستقل اثربخش بوده) لذا از آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه دوبه‌دو گروه‌ها استفاده شد که در متغیر خود مراقبتی گروه کنترل با گروه مداخله پذیرش و تعهد در سطح معنی‌داری /۰۱ تفاوت معنی‌دیده می‌شود لذا رویکرد پذیرش و تعهد بر خود مراقبتی تأثیرگذار می‌باشد ( $p < 0.05$ ).

نتیجه‌گیری

پژوهشی حاضر با هدف همسنجی اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و خود مراقبتی بیماران

مبتلا به دیابت نوع دوم انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر معناداری نداشته است. از جمله عواملی که باعث اثربخشی درمان‌های مذکور نشده و می‌توان در این مسأله دخیل دانست شامل: تجربه کم درمانگر، عدم همکاری بیماران در ایجاد محیطی برای برآورده شدن نیازهای اساسی، ادامه ندادن تمرین‌ها و فعالیت‌های درمانی پس از جلسات بود. در واقع روش‌های رفتاری و شناختی مستقیماً در بهبود کیفیت زندگی بیماران تمرکز دارند. چنین روش‌هایی شامل کارآموزی یا راهنمایی‌های ویژه برای در پیش گرفتن یک رفتار، تهیه تقویمی برای یادآوری زمان



پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها، همگی منجر به افزایش میزان بهزیستی روان‌شناختی در بیماران شد. همچنین، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این بود که به آن‌ها کمک شود تا افکار آزاردهنده‌شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است بپردازند. در اینجا با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، بیماران توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند. در واقع به آن‌ها آموزش داده شد که در درمان پذیرش و تعهد چگونه فرایندهای مرکزی بازداری فکر را رها کنند، از افکار آزاردهنده رهایی یابند؛ به جای خود مفهوم‌سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرند، ارزش‌هایشان را تصریح کنند و به آن‌ها بپردازند. همچنین، در این درمان افراد یاد می‌گیرند که احساساتشان را بپذیرند تا این که از آن‌ها فاصله بگیرند و به افکار و فرایندهای تفکرشان به وسیله ذهن آگاهی بیشتر پرداخته و آن‌ها را در جهت فعالیت‌های هدف محور پیوند دهند. به‌طور خلاصه درمان پذیرش و تعهد تلاش می‌کند تا به افراد یاد دهد که افکار و احساساتشان را تجربه کنند؛ به‌جای این که تلاش کنند آن‌ها را متوقف سازند، از افراد خواسته می‌شود که در جهت اهداف و ارزش‌هایشان کار کنند و افکار و احساسات خود را تجربه کنند. همچنین در تبیین این یافته می‌توان گفت که ذهن آگاهی، هشیاری غیر قضاوتی و غیرقابل توصیف و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه‌ای است که در یک لحظه خاص در محدوده توجه یک فرد قرار دارد و علاوه بر آن، این مفهوم اعتراف به تجربه یاد شده و پذیرش آن را نیز شامل می‌شود و افزایش ذهن آگاهی در افزایش بهزیستی روانی با توجه به مؤلفه‌های پذیرش، درک پذیری و رشد شخصی مؤثر است و به فرد این امکان را می‌دهد تا به‌جای آنکه به رویدادها به‌طور غیرارادی و بی‌تأمل پاسخ دهد و با تفکر و تأمل پاسخ دهد (۳۷) و آن‌ها را در شناخت، مدیریت و حل مشکلات روزمره (۲۶) توانا تر سازد. مطالعات متعدد نمایانگر تأثیر ذهن آگاهی افزایش یافته در بهزیستی روان‌شناختی و در نتیجه افزایش رضایت از زندگی است زیرا در نتیجه افزایش بهزیستی، اضطراب و افسردگی، عاطفه منفی و نشانه‌های روان‌شناختی کاهش یافته و عزت‌نفس، خوش‌بینی و عاطفه مثبت افزایش می‌یابد. نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که می‌توان با افزایش ذهن آگاهی افراد، بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها را افزایش داد.

همچنین علاوه بر این، پژوهش حاضر نشان داد که اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فعالیت‌های خود مراقبتی، دو ماه پس از مداخله پایدار ماند. این یافته همسو با پژوهش توهینگ و لوین (۲۸) بود که در پیشگیری چند ماهه نشان دادند اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود خود مراقبتی مبتلایان به دیابت پایدار باقی ماند. جرگ (۲۹) در مورد

انجام دادن رفتار موردنظر و یادآوری‌های قرارهای ملاقات می‌شود. تحقیقات نشان داده است که این روش‌ها بر کارآیی برنامه‌های ارتقاء کیفیت زندگی بیماران می‌افزایند (۳۴). همچنین اخیراً نسل سوم درمان‌های شناختی رفتاری مانند درمان پذیرش و تعهد، بر هدف قرار دادن نیازهای بیماران مبتلا به بیماری مزمن متمرکز کرده‌اند. مداخلات در درمان پذیرش و تعهد برای دیابت، با هدف مدیریت پریشانی‌های مرتبط با دیابت که ایجاد چالش‌های هیجانی می‌کنند و همچنین برای بهبودی مهارت‌های خود مدیریتی انجام می‌شود (۱۶). درمان پذیرش و تعهد را می‌توان ترکیبی از استراتژی‌های پذیرش و خودآگاهی برای تغییر رفتار آشکار توصیف کرد که برای بهبودی چیزی که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نامیده می‌شود، تلاش می‌کند. بنابراین از جمله اهداف پایه در درمان پذیرش و تعهد، ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است (۲۳). در این درمان، شناخت‌ها و هیجان‌ها در بافت زمینه‌ای پدیده‌ها بررسی می‌شوند. به همین دلیل، به جای رویکردهایی مانند درمان شناختی-رفتاری که شناخت‌ها و باورهای ناکارآمد را اصلاح کرده تا هیجان‌ها و رفتارها اصلاح شود، در اینجا به بیمار آموزش «اینجا و اکنون» داده می‌شود که در گام اول هیجان‌های خود را بپذیرد و در زندگی از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری برخوردار شود. به همین دلیل در این درمان‌ها فنون شناختی-رفتاری سنتی را با ذهن آگاهی ترکیب می‌کنند (۲۴). همچنین نتایج نشان داد که هر دو مداخله به کار رفته در این پژوهش می‌توانند به‌طور معناداری خود مراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را بهبود ببخشند، با این تفاوت که مداخله مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد دارای تأثیر بیشتری بر خود مراقبتی بیماران بود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد کمک می‌کند تا افراد تجربه‌های درونی خود را به عنوان یک فکر تجربه کنند و به جای پاسخ به آن‌ها به ارزش‌های زندگی و اموری که برایشان با اهمیت است، بپردازند. درمان پذیرش و تعهد از طریق افزایش ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا توجه کامل خود را به موقعیت‌های موجود بسپارند، بدون این که قضاوتی داشته باشند. زیرا یکی از دلایلی که بر سلامت روان بیماران تأثیر منفی می‌گذارد، احساساتی مثل گناه و تقصیر و ناکامی است (۳۵). آن‌ها با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، در رویارویی با رویدادهای استرس‌زا با خوش‌بینی و اعتمادبه‌نفس برخورد می‌کنند، رویدادها را قابل کنترل می‌بینند و به‌طور کلی سیستم پردازش اطلاعات خود را به شیوه مؤثرتری به کار می‌اندازند. در واقع درمانگران به جای تمرکز بر تغییر شکل محتوی، به مراجع در پذیرش و داشتن تمایل به تجربه نمودن افکار و احساسات کمک نموده و با استفاده از فنون ذهن آگاهی بر اصلاح توجه و آگاهی مراجعان تأکید می‌ورزند این رویکرد، یک درمان رفتاری است که از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند. درمان پذیرش و تعهد افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و بر اساس آنچه در آن لحظه برای آن‌ها امکان‌پذیر است، ناشی می‌شود (۳۶). در این درمان تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه فنون گسلش و

diabetes. *Journal of Behavioral Science Research*. 2015; 13 (4): 571-62.

3. Morrison AE, Zaccardi F, Chatterjee S, Brady E, Doherty Y, Robertson N, et al. Self-Compassion, Metabolic Control and Health Status in Individuals with Type 2 Diabetes: A UK Observational Study. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*. 2019.

4. Espeland MA, Carmichael O, Yasar S, Hugenschmidt C, Hazzard W, Hayden, KM, et al. Sex-related differences in the prevalence of cognitive impairment among overweight and obese adults with type 2 diabetes. *Alzheimer's & Dementia*. 2018;14(9): 1184-92.

5. Adu MD, Malabu UH, Malau-Aduli AE, Malau-Aduli, BS. Mobile application intervention to promote self-management in insulin-requiring type 1 and type 2 diabetes individuals: protocol for a mixed methods study and non-blinded randomized controlled trial. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 2019; 12: 789.

6. Barkas F, Elisaf M, Liberopoulos E, Liamis G, Ntzani EE, Rizos, EC. Atherogenic dyslipidemia increases the risk of incident diabetes in statin-treated patients with impaired fasting glucose or obesity. *Journal of cardiology*. 2019.

7. Cai T, Yang J. Diabetic kidney disease. In *Chronic Kidney Disease* (pp. 33-43). Springer, Singapore. 2020.

8. Ha M, Chen J, Zhang X, Yang H, Liu, C. Relationships of social support, health-promoting lifestyles, glycemic control, and bone turnover among adults with type 2 diabetes. *Japan Journal of Nursing Science*. 2020; 17(1): e12280.

9. Phillips WJ, Hine, DW. Self-Compassion, Physical Health, and Health Behaviour: A Meta-Analysis. *Health Psychology Review*. (just-accepted), 1-109. 2019.

پایداری اثر درمان معتقد است که شفاف‌سازی ارزش‌ها و درونی شدن عمل متعهدانه که طی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد صورت می‌گیرد، به اعضای گروه انگیزه کافی برای ادامه و پایبندی به درمان می‌دهد. علاوه بر این دو فرایند مهم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یعنی تماس با زمان حال و خود به عنوان زمینه در طول کسب مهارت‌های ذهن آگاهی در گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد شکل می‌گیرند که هر دو سبب می‌شود آگاهی مراجع از خودش و نیازهای فعلی‌اش افزایش یابد و این آگاهی به تداوم رفتارهای خود مراقبتی در بیماران کمک می‌کند. نس و همکاران (۳۸) در زمینه پیگیری درمان توسط مبتلایان به دیابت معتقد هستند که در پیگیری درمان تغییر رفتاری در بیمار رخ نمی‌دهد اگر (۱) در این زمینه انگیزه لازم را پیدا نکند، (۲) اهمیت رفتار توصیف شده را در مدیریت دیابت خود درک نکند و (۳) مهارت‌های لازم برای ایجاد رفتار را نداشته باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جهت این سه زمینه گام بر می‌دارد، بنابراین انتظار می‌رود که اثرات پایدارتری بر رفتار فرد داشته باشد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، استفاده از ابزار خود گزارش دهی در سنجش فعالیت‌های خود مراقبتی و کیفیت زندگی بود که ممکن است شرکت‌کنندگان رفتارهای خود مراقبتی و میزان کیفیت زندگی خود را کم برآورد یا بیش برآورد کنند. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود که جهت افزایش روایی داده‌های خودگزارشی از یک برنامه ثبت روزانه رفتارهای خود مراقبتی و کیفیت زندگی استفاده شود تا اطلاعات جامع‌تری به دست آید یا از اعضای خانواده بیمار در ثبت رفتارهای روزانه استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در نمونه‌های شهری دیگر تکرار و نتایج آن با نمونه شهرکرد مقایسه شود تا به تعمیم دهی یافته‌ها اعتبار بخشد. در نهایت می‌توان بیان کرد که علی‌رغم محدودیت‌های پژوهش، یافته‌های پژوهش حاضر، یک گام پیش روی درمان روان‌شناختی مبتلایان به دیابت قرار داده است و امید می‌رود با همراه شدن این درمان‌ها با درمان‌های پزشکی بتوان سطح کیفیت زندگی و میزان خود مراقبتی مبتلایان به دیابت را ارتقا بخشید و بدین طریق از عوارض خطرناک دیابت پیش‌گیری کرد.

## References

- Hackett G, Cole N, Mulay A, Strange RC, Ramachandran, S. Long-term testosterone therapy in type 2 diabetes is associated with decreasing waist circumference and improving erectile function. *The world journal of men's health*, 2020; 38(1): 68-77.
- Alijani, S, Akrami N, Faqih Imani, E. The effectiveness of lifestyle modification training on psychological symptoms and blood sugar control in patients with type 2

- resilience in recurrent miscarriage. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2018; 6 (4): 17-11.
17. Jesse CD, Creedy DK, Anderson DJ. Effectiveness of psychological interventions for women with type 2 diabetes who are overweight or obese: a systematic review protocol. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*. 2019;17(3): 281-9.
18. Beck, ATA. 60-year evolution of cognitive theory and therapy. *Perspectives on Psychological Science*. 2019;14(1): 16-20.
19. Akbari, Z. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on self-control of drug abusers referring to addiction treatment centers (camps) in Tehran. *Journal of Cognitive Psychology and Psychiatry*. 2019; 6 (2): 85-74.
20. Cummings DM, Lutes LD, Littlewood K, Solar C, Carraway M, Kirian K, et al. Randomized Trial of a Tailored Cognitive Behavioral Intervention in Type 2 Diabetes With Comorbid Depressive and/or Regimen-Related Distress Symptoms: 12-Month Outcomes From COMRADE. *Diabetes care*. 2019; 42(5): 841-8.
21. Clarke J, Sanatkar S, Baldwin PA, Fletcher S, Gunn J, Wilhelm K, et al. A Web-Based Cognitive Behavior Therapy Intervention to Improve Social and Occupational Functioning in Adults With Type 2 Diabetes (The Springboard Trial): Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*. 2019;21(5): e12246.
22. Guo Z, Liu J, Zeng H, He G, Ren X, Guo, J. Feasibility and efficacy of nurse-led team management intervention for improving the self-management of type 2 diabetes patients in a Chinese community: a randomized controlled trial. *Patient preference and adherence*. 2019;13: 1986.
23. Sianturi R, Keliat BA, Wardani IY. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety in clients
10. Zareipour MA, Akhgar M, Ali Nejad M, Akbari, S. Evaluation of quality of life and its relationship with blood sugar control in people with type 2 diabetes. *Journal of Health Research*. 2017; 6 (3): 141-9.
11. Bairy S, Rao MR, Edla SR, Manthena SR, Tatavarti, NGD. Effect of an integrated naturopathy and yoga program on long-term glycemic control in type 2 diabetes mellitus patients: A prospective cohort study. *International Journal of Yoga*. 2020;13(1): 42.
12. LeBrón AM, Spencer M, Kieffer E, Sinco B, Palmisano, G. Racial/ethnic discrimination and diabetes-related outcomes among Latinos with type 2 diabetes. *Journal of immigrant and minority health*. 2019;21(1): 105-14.
13. Dahal PK, Hosseinzadeh, H. Association of health literacy and diabetes self-management: a systematic review. *Australian journal of primary health*. 2020;25(6): 526-33.
14. Pamungkas RA, Chamroonsawasdi K, Vatanasomboon P, Charupoonphol, P. Barriers to Effective Diabetes Mellitus Self-Management (DMSM) Practice for Glycemic Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM): A Socio Cultural Context of Indonesian Communities in West Sulawesi. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 2020; 10(1):250-61.
15. Zhang Y, Pan XF, Chen J, Xia L, Cao A, Zhang Y, et al. Combined lifestyle factors and risk of incident type 2 diabetes and prognosis among individuals with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Diabetologia*. 2020; 63(1): 21-33.
16. Afshari, A. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and mindfulness-based therapy on women's

32. Zareban I, Niknami S, Hidarnia A, Rakhshani F, karimy M, Kuhpayehzadeh J, et al. Predictors of self-care behavior and its effective factors among women's with type 2 diabetes patients in Zahedan via Health Belief model. *J Health Syst Res*. 2014; Health Education supplement: 1797-1805 (In Persian).
33. Rahimian-Boogar I, Mohajeri-Tehrani MR. Risk factors associated with depression in type 2 diabetics. *KAUMS Journal (FEYZ)*. 2012; 16(3): 261-72 (in Persian).
34. Esmaili A, Asadnia S, Issazadeh A, Amirsardari L, Isa Zadegan A, Ansari, B. Evaluation of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on reducing the level of depression and improving the lifestyle of patients with type 2 diabetes. *Urmia Medical Journal*. 2013; 44 (10): 822-12.
35. Mousavi SS, Ahadi H, Khalatbari J, Manshei Gh, Kooch Manaei, S. The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on stress, loneliness and blood sugar in patients with diabetes. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2017; 26 (104): 79-2.
36. Baumeister H, Nowoczin L, Lin J, Seiffert H, Seufert J, Laubner K, et al. Impact of an acceptance facilitating intervention on diabetes patients' acceptance of Internet-based interventions for depression: a randomized controlled trial. *Diabetes research and clinical practice*. 2014;105(1): 30-9.
37. Faal M, Vahid TA, Taime ZM, Shaban N, Amani, O. The Effectiveness of Accepted and Commitment Group Therapy on Psychological Flexibility and Family Communication Patterns in Women with Type 2 Diabetes. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2019;7(4): 41-9.
38. Nes AAG, Van Dulmen S, Brembo EA, Ide, H. A Health Intervention for Persons with Diabetes Type 2 Based on with stroke. *Enfermeria clinica*. 2018;28: 94-7.
24. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press. 2011.
25. Jamshidian Qaleh Shahi P, Aghaei, A, Golparvar, M. Comparison of the effect of positive Iranian treatment and acceptance and commitment on depression, anxiety and stress in infertile women in Isfahan. *Journal of Health Promotion Management*. 2017; 27 (11): 16-8.
26. Wakefield S, Roebuck S, Boyden P. The evidence base of acceptance and commitment therapy (ACT) in psychosis: A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2018.
27. Ryan AK, Pakenham KI, Burton, NW. A pilot evaluation of a group acceptance and commitment therapy-informed resilience training program for people with diabetes. *Australian Psychologist*. 2020;55(3): 196-207.
28. Twohig MP, Levin, ME. Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatric Clinics*. 2017;40(4): 751-70.
29. Gregg JAA. Randomized controlled effectiveness trial comparing patient education with and without acceptance and commitment therapy for type 2 diabetes self-management (Doctoral dissertation, University of Nevada, Reno). 2004.
30. 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.
31. Advise AA, Pishva A, Habibzadeh F, Tabatabai, M. Determining the reliability and validity of the clinical quality of life questionnaire for diabetic patients in Persian. *Iranian Journal of Diabetes in Metabolism*. 2012;1 (18): 487-3.

Acceptance and Commitment Therapy  
Principles: Examining Treatment Fidelity.  
JMIR mHealth and uHealth. 2018;6(7):  
e151.