

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خودمراقبتی و فشار روانی بیماری در بیماران مبتلاء به دیابت

داوود ملک محمودی، سعیده بزازیان^۲، سیما قدرتی^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران غرب، تهران، ایران
۲. دانشیار روانشناسی سلامت، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران غرب، تهران، ایران
- استادیار مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران غرب، تهران، ایران

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خودمراقبتی و فشار روانی بیماری در بیماران مبتلاء به دیابت انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود و جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی بیماران مبتلاء به دیابت نوع دو زن در مرکز دیابت تهران تشکیل دادند. در این پژوهش با توجه به معیارهای ورود و به روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل جایگزین گردیدند. ابزار گردآوری شامل پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی دیابت توبرت و گلاسکو (۱۹۹۴) و پرسشنامه فشار روانی بیماران دیابتی پولونسکی و همکاران (۲۰۰۵) بود، داده ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس یک متغیره و چند متغیره مورد تحلیل قرار گرفت. یافته ها نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان خودمراقبتی و فشار روانی بیماری در بیماران مبتلاء به دیابت در سطح معنی داری ۰/۰۱ موثر بود. به طور کلی پیشنهاد می گردد از روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراستا با درمان دارویی به صورت متمرکز در بهبود علایم روانشناختی بیماران دیابتی توسط مراکز درمانی استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خودمراقبتی، فشار روانی بیماری در بیماران مبتلاء به دیابت، بیماران دیابتی.

مقدمه:

دیابت یکی از عوامل تنیدگی‌زای عمده و واقعی در زندگی است که انطباق و مقابله روان‌شناختی، هیجانی، جسمانی قابل ملاحظه‌ای را می‌طلبند. درمان‌های جسمی ذهنی به بیمار، درمانگر را در ارزیابی و مدیریت تنیدگی و انطباق با بیماری مزمن کمک می‌کند (جاشی و شرشتی، ۲۰۱۰). در رده بندی روانپزشکی، دیابت در دسته بیماری های روان تنی جای می‌گیرد و در این دسته از بیماری‌ها پیرامون نقش الگوی رفتاری و استرس فشار روانی در بروز و تداوم بیماری‌های جسمانی بحث می‌شود (اسیدی، آنیانو، اوگبوآبور و ایچکوچو، ۲۰۱۶)، بنابراین می‌توان گفت که بیماری دیابت با پدیده‌های روانی ارتباط تنگاتنگی دارد و در این بین، رابطه دوسویه آن با استرس بسیار مهم به نظر می‌رسد (زهراکار، ۱۳۹۱). استرس را هم می‌توان یکی از عوامل ایجادکننده و هم یکی از پیامدهای دیابت دانست (پیرمردوند چگینی، زهراکار و ثنایی ذاکر، ۱۳۹۷). استرس اصطلاحی پیچیده و دشوار بوده و علی‌رغم استفاده زیاد از آن، هنوز تعریف دقیقی از آن ارائه نشده است در اکثر متون و کتاب‌های مربوطه، سه الگوی متفاوت از استرس ارائه گردیده است (زهراکار، ۱۳۹۱). استرس در الگوی اول به عنوان محرک، در الگوی دوم به عنوان پاسخ و در الگوی سوم به عنوان تعاملی بین فرد و محیط بیان شده است (آمسبرگ، ویجک، ایلوهیم، تافت، جانسن و آندربرو، ۲۰۱۸). به این ترتیب، استرس بار اقتصادی، هیجانی و اجتماعی بسیاری برای مبتلایان، خانواده‌های آنها و جامعه دارد (شاه بیگ، تقوی جوراچی، روحانی و محمدی، ۱۳۹۷) و بروز این بیماری در یکی از اعضای خانواده، کل سیستم خانواده را تحت فشار قرار می‌دهد و مستلزم سازش یافتگی بیمار و سایر اعضا خانواده با شرایط جدید است (راسن و لیلنفلد، ۲۰۱۶). از این رو، بیماری دیابت مستلزم رفتارهای خودمراقبتی ویژه در سراسر زندگی است (شایقان، امیری، آگیلاروفایی، بشارت، ۱۳۹۷). باتوجه به اینکه خودمراقبتی اندک می‌تواند یکی از عوامل مسبب استرس در دیابت باشد و از طرفی ابتلا به دیابت و پیامدهای ناشی از آن باعث افزایش استرس در بیماران دیابتی و متعاقباً بروز سایر اختلالات جسمانی، رفتاری و روانی می‌گردد (زهراکار، ۱۳۹۱)، لذا اجرای مداخلات جهت کاهش استرس و افزایش خودمراقبتی بیماران دیابتی بسیار مهم و ضروری به نظر می‌رسد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) را می‌توان از جمله مداخلات مهم در این زمینه در نظر گرفت (پیرمردوند چگینی، زهراکار و ثنایی ذاکر، ۱۳۹۷).

در رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شناخت، بر پایه نظریه‌ی رفتاری در مورد زبان و شناخت است که نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی^۵ نامیده می‌شود (هیز، بارنز- هولمز و راج، ۲۰۰۱). برحسب نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی، انسان صرفاً بر اساس تعاملاتی که قبلاً با محرک‌ها داشته به آنها پاسخ نمی‌دهد- چیزی که مورد تأکید رفتارگرایی است- بلکه پاسخ او به محرک‌ها، به روابط متقابل این محرک‌ها با رویدادهای دیگر نیز بستگی دارد

1. Joshi, & Shrestha

2. Eseadi, Anyanwu, Ogbuabor, & Ikechukwu

3. Amsberg, Wijk, ILivheim, Toft, Johansson, & Anderbro

4. Rosen, & Lilienfeld

5. Relational Frame Theory (RFT)

6. Barnes- Holmes & Roche

(هیز، ۲۰۰۴). با توجه به فنون شناختی، باورها و افکار خودآیند را که در کشش‌ها به رفتارهای پرخطر نقش دارند، مورد توجه قرار می‌دهد (بهرز، بوالی، حیدری زاده و فرهادی، ۱۳۹۵) و در حالی که فنون رفتاری بر اعمالی تمرکز دارند که از نظر زمینه ای با شناخت در تعامل اند (گراس، مور، گاردنر، ولانیانف پرس، ۲۰۱۸). هدف اصلی درمان پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است (پاکمن، ۲۰۱۷). در رویکرد پذیرش و تعهد بر خلاف درمان شناختی-رفتاری، محتوای افکار، احساسات و حس‌های بدنی بررسی نمی‌شوند (رجبی و یزدخواستی، ۱۳۹۳)، بلکه شیوه‌هایی که افراد بدان وسیله به تجارب خویش می‌پردازند، مورد بررسی قرار می‌گیرد (هیز، ۲۰۱۴). در واقع رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، افراد را به اصلاح افکار و احساساتشان مجبور نمی‌کند بلکه هدف کمک به آن‌هاست تا خودشان پاسخ به افکار و احساسات خویش را تغییر دهند (وانگ، ژو، یو، ران و لیو، ۲۰۱۷). در همین راستا نتایج تحقیقات متفاوت اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر خودمراقبتی (لیندهوم اولیندر، ۲۰۱۵؛ آمسبرگ، ویجک، ایلیوهیم، تافت، جانسن و آندربرو، ۲۰۱۸) و کاهش استرس (زهراکار، ۱۳۹۱؛ موسوی و دشت بزرگی، ۱۳۹۶)، ابرازگری هیجانی (شاه بیک، تقوی جورابچی، روحانی و محمدی، ۱۳۹۷)، نشان داده است. به طور کلی با توجه به تاثیرات عوامل شناختی و روانی در بیماری دیابت می‌توان بیان نمود که استفاده از مداخلات روانشناختی، رفتاری و هیجانی می‌تواند در کارآمدی درمان دیابت موثر باشد و از طرفی با توجه به آن که پژوهشی به طور مشخص به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خودمراقبتی و فشار روانی بیماری در افراد مبتلا به دیابت بنابراین سوال اصلی پژوهش این می‌باشد که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خودمراقبتی و فشار روانی بیماری در افراد مبتلا به دیابت تاثیر دارد؟

روش تحقیق

روش تحقیق حاضر از نوع نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد.

شکل ۱-۳: طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل

گروه‌ها	پیش‌آزمون	متغیر مستقل	پس‌آزمون
آزمایش	T ₁	X	T ₂
کنترل	T ₁	-	T ₂

جامعه آماری پژوهش

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو زن در مرکز دیابت تهران تشکیل دادند.

نمونه آماری و روش نمونه‌گیری

1. Haye,

2. Gross, Moore, Gardner, Wolanin, Pess

3. Pakenham

4. Hayes

5. Wang, Zhou, Yu, Ran, Liu

6. Amsberg, Wijk, ILivheim, Toft, Johansson, & Anderbro

با توجه به آن که حداقل تعداد نمونه برای پژوهش های آزمایشی ۱۵ نفر به ازای هر گروه است (دلاور، ۱۳۹۵)، در این پژوهش با توجه به معیارهای ورود به روش دردسترس ابتدا ۵۰ نفر انتخاب سپس ۳۰ نفر که نمره بالاتر از ۵۰ در پرسشنامه فشار روانی و کسب نمره پایین تر از ۶۰ در پرسشنامه خودمراقبتی به صورت دردسترس انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی با توجه به قرعه در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل جایگزین گردیدند.

معیار های ورود به مطالعه:

- بازه سنی ۴۰ تا ۵۰ سال
- عدم اعتیاد و اضافه وزن (بر اساس پرونده ها)
- حداقل ۲ سال از تشخیص آن توسط مراکز درمانی گذشته باشد
- شدت بیماری به تشخیص پزشک معالج مراکز درمانی در سطح متوسط
- عدم همراهی اختلال روانی و جسمانی و مصرف داورهای تاثیر گذار به تشخیص پزشک که در شرکت در جلسات درمانی مداخله ایجاد نماید
- کسب نمره بالاتر از ۵۰ در پرسشنامه فشار روانی و کسب نمره پایین تر از ۶۰ در پرسشنامه خودمراقبتی موافقت نامه ی کتبی افراد در خصوص شرکت افراد در طرح پژوهش.

معیار های خروج از مطالعه:

- عدم همکاری در انجام تکالیف بین جلسات
- غیبت بیش از دو جلسه.

ابزار گردآوری داده ها

پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی دیابت (SDSCA)

پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی دیابت توسط توبرت و گلاسکو (۱۹۹۴) ساخته شده است و شامل ۱۵ سؤال در حیطه ی رفتارهای تغذیه ای، فعالیت بدنی، کنترل قندخون، مراقبت از پا و تبعیت دارویی بیماران می باشد که به هر سؤال بر حسب تعداد روزهایی که فرد در هفته ی گذشته رفتار خودمراقبتی انجام داده است از ۰-۷ امتیاز می دهد و در مجموع نمره ی کل پرسشنامه بین (۰-۱۰۵) می باشد. که براساس نمرات کسب شده به سه قسمت مطلوب (۶۵-۱۰۵)، تا حدودی پایین (۳۵-۶۰)، و نامطلوب تقسیم (۰-۳۰) می شود. تعداد سؤالات مربوط به رفتارهای تغذیه ای ۸ سؤال است و محدوده ی امتیازات ۰-۵۶ می باشد. ۱ سؤال مربوط به فعالیت بدنی و ۱ سؤال مربوط به کنترل قندخون است و محدوده ی امتیازات کسب شده برای هر بعد ۰-۷ می باشد. قسمت دیگر، رفتارهای مراقبت از پا را می سنجد که شامل ۳ سؤال و محدوده ی امتیازات در این بخش از ۰-۲۱ خواهد بود و در نهایت ۲ سؤال میزان تبعیت دارویی بیماران را می سنجد که محدوده ی امتیازات در این قسمت ۰-۱۴ می باشد. روایی سازه و محتوا توسط سازندگان تایید و پایایی به روش آلفای کرونباخ برای رفتارهای تغذیه ای ۰/۸۱، فعالیت بدنی ۰/۸۷، کنترل قندخون ۰/۸۹، مراقبت از پا ۰/۸۶ و تبعیت دارویی بیماران ۰/۸۳ و کل ۰/۸۹ بدست آمده است و در ایران احمدی زکیه، صادقی تابنده، لری پور (۱۳۹۵) روایی محتوا و سازه تایید شد و برای تعیین پایایی، از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شده که برای این پرسشنامه مقدار آلفا برای رفتارهای تغذیه ای ۰/۷۸، فعالیت بدنی ۰/۸۲، کنترل قندخون ۰/۸۱، مراقبت از پا ۰/۸۴ و تبعیت دارویی بیماران ۰/۸۳ و کل ۰/۸۸ بدست آمده است.

1. Summary of Diabetes Self-care Activities

پرسشنامه فشار روانی بیماران دیابتی پولونسکی و همکاران (۲۰۰۵)

پرسشنامه دیسترس بیماران دیابتی توسط پولونسکی و همکاران (۲۰۰۵) با ۱۷ سوال ساخته شده است و مقیاس شش گزینه ای لیکرت از اندازه گیری می شد. نحوه امتیاز دهی این پرسشنامه به این نحو بود که از اصلاً" یک تا کاملاً شش امتیاز دهی می شد. کل امتیاز این ابزار از ۱۰۲-۱۷ می باشد، نمره بیشتر از ۵۰ فشار روانی را تجربه می نمایند. روایی سازه محتوا توسط سازندگان تایید شده است. پایایی به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۴ بدست آمده است در در ایران طل و همکاران (۱۳۹۰) روایی محتوا و سازه تایید شد و برای تعیین پایایی، از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شده که برای این پرسشنامه مقدار آلفا ۰/۸۰ به دست آمده است.

شیوه گرد آوری داده ها

در حیطه میدانی پس از دریافت مجوزها و مراجعه به کلینیک و اجرا جلسات درمانی بر روی بیماران در گروه آزمایش انجام شد و همچنین ابزارهای مربوطه در پیش آزمون و پس آزمون از دو گروه آزمایش و کنترل دریافت گردید، گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نخواهد کرد. پس از به توافق رسیدن برای شرکت در گروه، رضایت نامه آگاهانه به منزله تعهد در شرکت افراد در جلسات نوشته شد و جلسات پذیرش و تعهد در درمانگاه دیابت کلینیک ویژه تشکیل و محتوای جلسات پژوهش با تکیه بر اصول نظری و گروه آزمون تحت درمان گروهی مبنی بر پذیرش و تعهد براساس بسته درمانی هیز، ویلسون، گیلفورد و بتن (۲۰۰۴) در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای قرار گرفت و هیچ مداخله ای طی این مدت بر گروه کنترل صورت نگرفت، قبل از اجرای جلسات پیش آزمون از هر دو گروه تهیه شد و در پایان جلسات از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد و برای بررسی اثربخشی روش طرح نتایج دو گروه با یکدیگر مقایسه گردید.

خلاصه ای از جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	هدف	محتوا
۱	معارفه	مقدمه، به مراجعان تعداد جلسات و ساعات شرکت در جلسات درمانی، اهداف و سیر درمان توضیح داده شده است. بحث در مورد حدود رازداری، تصریح نوع رابطه درمان: با استفاده از استعاره دو کوه. سنجش کلی: از مراجعان خواسته شد افکار و اعمال خود را توصیف کنند، مقدمه‌های به درماندگی خلاق. ارائه تکلیف
۲	سنجش عملکرد و مرور واکنش های رفتاری شناختی	در ابتدای هر جلسه بررسی گردید تا مشخص شود که امور خارج از جلسه برای شرکت کنندگان در درمان چگونه بوده است. مرور واکنشها به جلسه قبل، مرور تکلیف: اگر مراجع تکلیف را انجام نداد، درمانگر متغیرهای عامل را بررسی میکند. ادامه درماندگی خلاق، ارائه تکلیف
۳	معرفی واکنش ها و پاسخ های موثر	مرور واکنش به جلسه قبل، مرور تکلیف، در این مرحله با توجه به این که درماندگی خلاق، کنترل به عنوان مسأله و تمایل/ پذیرش به همدیگر مربوط می شوند، بنابراین هنگام بحث در مورد منازعه مراجع با افکار به یکی شدن این سه پدیده با یکدیگر پرداخته شد. معرفی کنترل به عنوان یک مسأله، معرفی تمایل/ پذیرش، تعهد رفتاری، ارائه تکلیف.
۴	گسلش شناختی	سنجش عملکرد، مرور واکنش مرور واکنش ها به جلسه قبل، مرور تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی خود به عنوان زمینه و گسلش.

۵	تمرین رفتاری	تعهد	درمانگر به هر یک از شرکت کنندگان فرصت داد تا به تمرینات تمایل دهند. این تمرینات تمایل که لازم است در طول دوره درمان ادامه داشته باشد باعث میشوند تا مراجع تعهداتش را در جریان درمان افزایش بدهد.
۶	بررسی ارزش ها		معرفی ارزشها (دادن تکلیف ارزش ها)، این عمل با تکمیل پرسشنامه سنجش ارزش ها انجام گرفت تا با تصریح ارزشهای مراجع به هدایت مراجع خارج از حمایت درمانگر کمک شود.
۷	تعهدهای رفتاری		مرور تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی خود به عنوان زمینه و گسلش.
۸	خاتمه		معرفی خود به عنوان زمینه و گسلش، معرفی ارزش ها؛ جمع بندی جلسات.

ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر عبارتند از:

پیش از شروع کار از افراد رضایت نامه آگاهانه دریافت شد.

پیش از شروع کار افراد از موضوع و روش اجرا مطالعه مطلع شدند.

از اطلاعات خصوصی و شخصی داوطلبین محافظت شد (اصل رازی داری).

نتایج در صورت تمایل برای افراد تفسیر شد.

در صورت مشاهده هرگونه اختلال، راهنمایی های لازم جهت پیگیری به افراد ارائه شد.

مشارکت در تحقیق موجب هیچگونه بار مالی برای افراد نشد.

این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی افراد و جامعه هیچ گونه مغایرتی نداشت.

روش تجزیه و تحلیل داده ها

پس از جمع آوری داده های تکمیلی ابزارها، تجزیه تحلیل نتایج داده های خام استخراجی از ابزار گردآوری با نرم افزار SPSS ۱۸ انجام می گردد و با توجه به روش پژوهش، در تجزیه و تحلیل داده ها در آمار توصیفی میانگین و انحراف استاندارد مورد بررسی قرار گرفت و سپس در آمار استنباطی پیش فرض های روش تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره رعایت گردید (همانند، آزمون شاپیرو و لیکز، کشیدگی و چولگی و ...) و داده ها با این روش آماری تحلیل شد.

تجزیه و تحلیل استنباطی داده ها

چولگی و کشیدگی متغیرها در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۴-۳ نشان داده می شود. چولگی و کشیدگی داده ها: چولگی در حقیقت معیاری از وجود یا عدم تقارن تابع توزیع می باشد. برای یک توزیع کاملاً متقارن چولگی صفر و برای یک توزیع نامتقارن با کشیدگی به سمت مقادیر بالاتر چولگی مثبت و برای توزیع نامتقارن با کشیدگی به سمت مقادیر کوچکتر مقدار چولگی منفی است.

چولگی و کشیدگی داده ها و فرض نرمال بودن متغیرها

پس آزمون		پیش آزمون		متغیر
چولگی	کشیدگی	چولگی	کشیدگی	
۰/۲۴۵	۰/۷۵۴	۰/۳۹۸	۰/۴۵۷	رفتارهای تغذیه ای
-۰/۰۵۵	۰/۴۲۲	۰/۱۱۲	-۰/۵۴۲	فعالیت بدنی

۰/۳۹۸	۰/۳۱۹	-۰/۶۷۸	-۰/۳۵۶	کنترل قندخون
۰/۸۰۴	۰/۲۸۷	-۰/۳۵۶	۰/۵۷۸	رفتارهای مراقبت از پا
-۰/۴۶۹	-۰/۴۶۹	-۰/۴۵۷	۰/۲۸۷	میزان تبعیت دارویی بیماران
-۰/۳۷۹	۰/۲۲۵	-۱/۰۵۷	-۰/۶۹۸	رفتارهای خودمراقبتی
-۰/۱۵۶	۰/۳۹۱	-۰/۲۴۵	-۰/۱۱۲	فشار روانی بیماران

با توجه به جدول بالا تمامی مقادیر بدست آمده از بررسی کشیدگی و چولگی، در بازه ی (۲ تا -۲) قرار دارد. بنابراین وضعیت متغیرها کشیده و چوله نمی باشد.

نرمالی متغیرها در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول زیر نشان داده می شود.

نتایج آزمون شاپیرو و ویلکز در نرمال بودن داده ها

پس آزمون		پیش آزمون		متغیر
معنی داری	آماره	معنی داری	آماره	
۰/۲۳۶	۱/۰۳۹	۰/۱۶۳	۱/۱۵۲	رفتارهای تغذیه‌ای
۰/۱۲۱	۱/۱۲۴	۰/۵۲۴	۰/۹۶۶	فعالیت بدنی
۰/۴۴۲	۰/۹۶۸	۰/۰۹۹	۱/۱۸۶	کنترل قندخون
۰/۳۶۱	۱/۰۵۵	۰/۶۲۹	۰/۷۴۹	رفتارهای مراقبت از پا
۰/۱۸۵	۱/۰۹۱	۰/۹۴۷	۰/۵۲۳	میزان تبعیت دارویی بیماران
۰/۱۳۹	۱/۱۵۴	۰/۳۳۳	۰/۹۴۵	رفتارهای خودمراقبتی
۰/۹۵۳	۰/۵۱۶	۰/۱۵۱	۱/۱۳۶	فشار روانی بیماران

با توجه به جدول بالا به طور کلی با توجه به بررسی های انجام شده در خصوص نرمالی داده ها با آزمون های شاپیرو- ویلکز می توان نتیجه گرفت داده ها به طور قطع نرمال می باشد و می توان تحلیل استنباطی داده ها را انجام رساند.

تحلیل استنباطی داده ها

۱. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خودمراقبتی و فشار روانی بیماری در افراد مبتلاء به دیابت تاثیر دارد.

برای انجام تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکوا) ابتدا مفروضاتی نیازمند به انجام می باشد.

باکس همگنی ماتریس های واریانس کواریانس

۴/۳۵۶	آزمون باکس
۲/۳۵۶	تحلیل واریانس
۳	درجه آزادی ۱

درجه آزادی ۲	۱۵۲۴۰۰/۰۰۰
معناداری	۰/۰۸۷

با توجه به جدول (۴-۶) از آزمون باکس، نشان می دهد که سطح معناداری با توجه به درجه آزادی و تحلیل واریانس (۲/۳۵۶) بدست آمده از ۰/۰۸۷ معنادار نمی باشد، که با احتمال زیاد می توان همگونی واریانس ها را پذیرفت، و حداقل شرایط لازم برای تحلیل وجود دارد.

آزمون لوین در همسانی واریانس متغیرها در جدول زیر نشان داده می شود.

آزمون لوین (آزمون همسانی واریانس های پیش آزمون و پس آزمون)

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
رفتارهای خودمراقبتی	۲/۳۹۹	۱	۲۷	۰/۱۵۶
فشار روانی بیماران	۱/۵۲۱	۱	۲۷	۰/۲۴۷

با توجه به نتایج تحلیل واریانس آزمون لوین، سطح معناداری بدست آمده بیشتر از ۰/۰۵ می باشد، بنابراین به طور کلی، می توان گفت پیش فرض همگونی واریانس در گروه ها از تجانس برخوردار است.

نتایج مربوط به بررسی همگنی شیب های رگرسیونی در متغیر پژوهش

منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	P
رفتارهای خودمراقبتی	۱۹/۴۵۲	۱	۱۹/۴۵۲	۱/۹۹۶	۰/۱۸۷
فشار روانی بیماران	۱۴/۲۲۳	۱	۱۴/۲۲۳	۰/۷۸۵	۰/۵۲۴

با توجه به جدول بالا صحت تحلیل کوواریانس بر این فرضیه استوار است که میان شیب رگرسیون متغیر کنترل وابسته در دو گروه تفاوت معنی داری نداشته باشد. در تحلیل کوواریانس نمره های باقیمانده متغیر وابسته مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرند، وجود اختلاف شیب در دو دسته نمره های باقیمانده، متغیر وابسته را در وضعیت نامعقول و بی معنی قرار می دهد. مقدار تحلیل واریانس تعامل مستقل و همپراش در خودمراقبتی و فشار روانی بیماری می باشد و متعاقبا معنادار نمی باشد، بنابراین می توان نتیجه گرفت پیش فرض همگونی شیب رگرسیون رعایت شده است.

آزمون های پیش فرض تحلیل کوواریانس چند متغیره در جدول بالا نشان داده می شود.

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) بر روی خودمراقبتی و فشار روانی بیماری

نام آزمون	مقدار	F	سوال درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری
-----------	-------	---	-----------------	-----------------	--------------

۰/۰۰۰	۲۷	۲	۱۹/۶۴۴	۰/۶۲۳	اثر پلائی
۰/۰۰۰	۲۷	۲	۱۹/۶۴۴	۰/۵۲۱	لامبدایی ویلکز
۰/۰۰۰	۲۷	۲	۱۹/۶۴۴	۱/۷۵۰	اثر هتلینگ
۰/۰۰۰	۲۷	۲	۱۹/۶۴۴	۱/۷۵۰	بزرگترین ریشه خطا

با توجه به جدول بالا نتایج حاصل از تحلیل واریانس چند متغیره بر روی نمرات متغیر خودمراقبتی و فشار روانی بیماری نشان می دهد. همان طور که جدول نشان می دهد همه آزمون های مانکوا در سطح ($P < 0.001$) معنی دار می باشند، بر این اساس می توان بیان داشت حداقل در یکی از خودمراقبتی و فشار روانی بیماری تفاوت معنا داری وجود دارد.

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره بر روی خودمراقبتی و فشار روانی بیماری

منبع پراکندگی	متغیرها	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معناداری	اندازه اثر
۵۰ ۶۹	رفتارهای خودمراقبتی	۶۲/۹۶۸	۱	۶۲/۹۶۸	۲۱/۴۲۱	۰/۰۰۰	۰/۵۳۶
	فشار روانی بیماران	۵۴/۳۱۴	۱	۵۴/۳۱۴	۱۷/۳۹۸	۰/۰۰۱	۰/۶۹۴

نتایج این آزمون حاکی از آن است که در مجموع بین خودمراقبتی و فشار روانی بیماری در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. که به طور کلی حکایت از اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودمراقبتی و فشار روانی بیماری دارد.

فرضیه ۲. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خودمراقبتی در افراد مبتلاء به دیابت تاثیر دارد.

باکس همگنی ماتریس های واریانس کواریانس

آزمون باکس	۳۱/۳۹۸
تحلیل واریانس	۱/۵۳۲
درجه آزادی ۱	۱۷
درجه آزادی ۲	۳۹۵۶۰۰/۲۴۵
معناداری	۰/۱۱۶

با توجه به جدول بالا از آزمون باکس، نشان می دهد که سطح معناداری با توجه به درجه آزادی و تحلیل واریانس (۱/۵۳۲) بدست آمده از ۰/۱۱۶ معنادار نمی باشد، که با احتمال زیاد می توان همگونی واریانس ها را پذیرفت، و حداقل شرایط لازم برای تحلیل وجود دارد.

آزمون لوین (آزمون همسانی واریانس های پیش آزمون و پس آزمون)

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
رفتارهای تغذیه ای	۱/۴۲۰	۱	۲۴	۰/۲۳۸
فعالیت بدنی	۱/۸۱۱	۱	۲۴	۰/۱۹۰
کنترل قندخون	۲/۵۳۹	۱	۲۴	۰/۱۲۸
رفتارهای مراقبت از پا	۰/۹۰۰	۱	۲۴	۰/۳۹۶
میزان تبعیت دارویی بیماران	۰/۳۸۰	۱	۲۴	۰/۵۴۲

با توجه به نتایج تحلیل واریانس آزمون لوین، سطح معناداری بدست آمده بیشتر از ۰/۰۵ می باشد، بنابراین به طور کلی، می توان گفت پیش فرض همگونی واریانس در گروه ها از تجانس برخوردار است.

نتایج مربوط به بررسی همگنی شیب های رگرسیونی در متغیر پژوهش

منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	P
رفتارهای تغذیه ای	۱۷/۲۳	۱	۱۷/۲۳	۳/۳۹۶	۰/۰۹۳
فعالیت بدنی	۳۹/۵۶	۱	۳۹/۵۶	۲/۲۴۵	۰/۱۴۲
کنترل قندخون	۴۹/۴۵	۱	۴۹/۴۵	۲/۲۱۰	۰/۲۲۳
رفتارهای مراقبت از پا	۵۷/۸۸	۱	۵۷/۸۸	۱/۵۲۸	۰/۴۰۹
میزان تبعیت دارویی بیماران	۵۲/۳۳	۱	۵۲/۳۳	۳/۷۹۵	۰/۰۵۸

با توجه به صحت تحلیل کوواریانس بر این فرضیه استوار است که میان شیب رگرسیون متغیر کنترل وابسته در دو گروه تفاوت معنی داری نداشته باشد. در تحلیل کوواریانس نمره های باقیمانده متغیر وابسته مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرند، وجود اختلاف شیب در دو دسته نمره های باقیمانده، متغیر وابسته را در وضعیت نامعقول و بی معنی قرار می دهد. مقدار تحلیل واریانس تعامل مستقل و همپراش در خرده مقیاس های خودمراقبتی می باشد و متعاقبا معنادار نمی باشد، بنابراین می توان نتیجه گرفت پیش فرض همگونی شیب رگرسیون رعایت شده است.

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیر (مانکوا)

نام آزمون	مقدار	F	سوال درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری
اثر پلاستی	۰/۶۲۰	۱۹/۵۴۲	۶	۲۴	۰/۰۰۰
لامبدایی ویلکز	۰/۴۹۶	۱۹/۵۴۲	۶	۲۴	۰/۰۰۰
اثر هتلینگ	۴/۶۸۵	۱۹/۵۴۲	۶	۲۴	۰/۰۰۰
بزرگترین ریشه خطا	۴/۶۸۵	۱۹/۵۴۲	۶	۲۴	۰/۰۰۰

نتایج حاصل از تحلیل واریانس چند متغیره بر روی نمرات خرده مقیاس رفتارهای خودمراقبتی را نشان می دهد. همان طور که جدول نشان می دهد همه آزمون های مانکوا در سطح ($P < 0.001$) معنی دار می باشند، بر این اساس می توان بیان داشت حداقل در یکی از خرده مقیاس های خودمراقبتی تفاوت معناداری وجود دارد.

نتایج حاصل از تحلیل واریانس چند متغیره

منبع پراکندگی	متغیرها	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معناداری	اندازه اثر
۳۸	رفتارهای تغذیه ای	۸۱/۴۰۹	۱	۸۱/۴۰۹	۱۸/۲۳۹	۰/۰۰۰	۰/۵۹۱
	فعالیت بدنی	۶۰/۳۹۶	۱	۶۰/۳۹۶	۱۲/۳۹۵	۰/۰۰۰	۰/۴۲۴
	کنترل قندخون	۶۹/۶۲۱	۱	۶۹/۶۲۱	۱۴/۱۴۲	۰/۰۰۰	۰/۶۰۵
	رفتارهای مراقبت از پا	۸۷/۸۶۴	۱	۸۷/۸۶۴	۱۶/۶۹۵	۰/۰۰۰	۰/۴۷۶
	میزان تبعیت دارویی بیماران	۵۹/۹۳۹	۱	۵۹/۹۳۹	۱۲/۲۷۵	۰/۰۰۰	۰/۵۶۹

نتایج این آزمون حاکی از آن است که در مجموع بین خرده مقیاس رفتارهای خودمراقبتی در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. که به طور کلی حکایت از اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتارهای خودمراقبتی دارد.

فرضیه ۳. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر فشار روانی بیماری در افراد مبتلاء به دیابت تاثیر دارد.

آزمون لوین (آزمون همسانی واریانس های پیش آزمون و پس آزمون)

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
فشار روانی بیماری	۲/۲۳۱	۱	۲۸	۰/۱۳۸

با توجه به نتایج تحلیل واریانس آزمون لوین، سطح معناداری بدست آمده بیشتر از ۰/۰۵ می باشد، بنابراین به طور کلی، می توان گفت پیش فرض همگونی واریانس در گروه ها از تجانس برخوردار است.

نتایج مربوط به بررسی همگنی شیب های رگرسیونی در متغیر فشار روانی بیماری

منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	P
فشار روانی بیماری	۴۲/۹۶۸	۱	۴۲/۹۶۸	۱/۰۵۵	۰/۲۸۶

صحت تحلیل کوواریانس بر این فرضیه استوار است که میان شیب رگرسیون متغیر کنترل وابسته در دو گروه تفاوت معنی داری نداشته باشد. در تحلیل کوواریانس نمره های باقیمانده متغیر وابسته مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرند، وجود اختلاف شیب در دو دسته نمره های باقیمانده، متغیر وابسته را در وضعیت نامعقول و بی معنی قرار می دهد. مقدار تحلیل واریانس تعامل مستقل و همپراش در فشار روانی بیماری می باشد و متعاقبا معنادار نمی باشد، بنابراین می توان نتیجه گرفت پیش فرض همگونی شیب رگرسیون رعایت شده است.

نتایج حاصل از تحلیل آنکوا بر روی فشار روانی بیماری

منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	P	اندازه اثر
پیش آزمون	۱۹/۹۶۸	۱	۱۹/۹۶۸	۵/۳۵۹	۰/۰۰۰	۰/۵۱۱
گروه	۳۲/۴۲۱	۱	۳۲/۴۲۱	۱۲/۲۵۴	۰/۰۰۰	۰/۴۹۷
خطا	۱۴/۳۹۶	۲۷	۰/۵۳۳			
کل	۷۸۶۴/۰۰۰	۳۰				

همان گونه که مشاهده می شود، در مقدار تحلیل واریانس متغیر مستقل (گروه) برابر با ۱۲/۲۵۴ و برابر حد لازم برای رد فرض صفر است و معنادار می باشد، به این معنا می باشد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون تفاوت معناداری در فشار روانی بیماری وجود دارد که ناشی از اثر متغیر مستقل (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) می باشد، که به طور کلی حکایت از اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فشار روانی بیماری دارد.

بحث و نتیجه گیری

فرضیه اصلی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خودمراقبتی و فشار روانی بیماری در افراد مبتلاء به دیابت تأثیر دارد.

با توجه به نتایج بدست آمده، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خودمراقبتی و فشار روانی بیماری در افراد مبتلاء به دیابت تأثیر دارد و فرضیه ی اصلی پژوهش مورد تایید واقع گردید. و همسو با یافته های بیگدلی و دهقان (۱۳۹۸)، مرادی و خالدی (۱۳۹۷)، شایقان، امیری، آگیلاروفایی، بشارت (۱۳۹۷)، میرغفاری، رحمانی، قراخانی و رهنمازاده (۱۳۹۷)، موسوی و دشت بزرگی (۱۳۹۶)، کیوسکلی، وینکلی و مک کراکن (۲۰۱۹)، آمسبرگ، ویجک، ایلیوهیم، تافت، جانسن و آندربرو (۲۰۱۸)، جوانگ، لا و سون (۲۰۱۷)، راسن و لیلنفلد (۲۰۱۶)، لیندهوم اولیندر و همکاران (۲۰۱۵) می باشد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، تکالیف یادداشت تجربه روزانه، یادداشت روزانه تمایل، یادداشت روزانه ناراحتی پاک و ناپاک و آموزش تمرین دلیل‌آوری و تمرین تمایل به افکار و احساسات از طریق ذهن‌آگاهی که از جمله تمرین‌های درمان پذیرش و تعهد است به فرد کمک می‌کند تا سلامتی روان خود را حفظ کند. از این‌رو می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است وضعیت روانی بیماران دیابتی را بهبود بخشد. لذا می‌توان گفت، در این درمان هدف از تاکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این است که به آن‌ها کمک شود تا افکار آزاردهنده‌شان را فقط به‌عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به‌جای پاسخ به آن، به انجام آن‌چه در زندگی برای‌شان مهم و در راستای ارزش‌های‌شان است، بپردازند. در این پژوهش بیماران دیابتی با جایگزین کردن خود به‌عنوان زمینه، توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شوند (شاه بیک، تقوی جوراچی، روحانی و محمدی، ۱۳۹۷). در واقع هدف، افزایش انعطاف روان‌شناختی این افراد بود. بر این اساس مزیت عمده این روش، نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به‌همراه جنبه‌های شناختی، به جهت تأثیر و تداوم بیش‌تر اثربخشی درمان است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مراجعان را هدایت می‌کند تا افکار و هیجان‌های خویش را از خود جدا ببینند که این به درمانگران اجازه می‌دهد تا چارچوب رابطه‌ای و حالت‌های شناخت منفی را اصلاح کنند. هدف پذیرش و تعهد درمانی، افزایش پذیرش کامل حیطه وسیعی از تجارب عینی است که شامل آشفتگی‌ها، افکار، باورها، احساسات و دریافت‌های حسی، بدنی است و نهایتاً افراد را به سمت ارتقاء کیفیت زندگی‌شان هدایت می‌کند. در واقع در رویکرد پذیرش و تعهد درمانی بر پذیرش و سپس تغییر و اصلاح ارتباط فرد با افکارش تمرکز می‌شود (کیوسکلی، وینکلی و مک کراکن، ۲۰۱۹). در تحلیل این یافته باید گفت مؤلفه پذیرش، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، برای مراجع این امکان را فراهم می‌آورد تا تجربه‌های ناخوشایند درونی را بدون تلاش به‌منظور کنترل آن‌ها، احساس کند و انجام این کار باعث می‌شود تا تجربه‌های ناخوشایند کم‌تر تهدیدکننده به‌نظر برسند و تأثیرشان بر زندگی فرد کاهش خواهد یافت. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با ادغام مداخلات پذیرش و ذهن‌آگاهی در راهبردهای پای بندی، تعهد و تغییر، به بیماران برای دستیابی به زندگی پر نشاط، هدفمند و با معنا کمک می‌کند (اسیدی، آنیانو، اوگبوبر و ایچکچو، ۲۰۱۶). هدف این درمان، تغییر شکل یا فراوانی افکار و احساسات آزارنده نیست؛ بلکه هدف اصلی آن تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. توانایی تماس با لحظه لحظه‌های زندگی و تغییر و تثبیت رفتار است، رفتاری که به مقتضای موقعیت، همسو با ارزش‌های فرد می‌باشد. این درمان یک مداخله عملی موقعیتی است که مبتنی بر نظریه نظام ارتباطی می‌باشد (معززی، مقالو، مقالو و پیشوایی، ۲۰۱۷) و رنج فرد را ناشی از انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌داند که به وسیله آمیختگی شناختی و اجتناب تجربی و خودمراقبتی بیشتر و کاهش فشار روانی بیماری پرورش می‌یابد.

فرضیه ۱: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خودمراقبتی در افراد مبتلا به دیابت تأثیر دارد.

با توجه به نتایج بدست آمده، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خودمراقبتی در افراد مبتلا به دیابت تأثیر دارد و فرضیه ۱ پژوهش مورد تایید واقع گردید. و همسو با یافته‌های میرغفاری، رحمانی، قراخانی و رهنمازاده (۱۳۹۷)، موسوی و دشت بزرگی (۱۳۹۶)، راسن و لیلنفلد (۲۰۱۶)، لیندهوم اولیندر و همکاران (۲۰۱۵) می‌باشد. این‌گونه می‌توان بیان نمود که افراد خودمراقب نسبت به شرایط تنش‌زا نگرش متفاوتی دارند و تسلیم شده و حالت انفعالی نمی‌گیرند، بلکه به طور مؤثری با شرایط مقابله نموده و با آن مواجهه می‌شوند، نه اینکه از آن اجتناب

کنند (اسکات، هان و مک کراکن، ۲۰۱۶). این امر نیازمند آن است که برای شناخت شرایط محیطی تلاش کنند و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق افزایش ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تا توجه کامل خود را به موقعیت‌های موجود بسپارند، بدون اینکه قضاوتی داشته باشند زیرا یکی از دلایلی که بر سلامت روان سالمندان تأثیر منفی می‌گذارد، احساساتی مثل گناه و تقصیر و ناکامی است (خانجانی، دنیوی، اسمری و رجبی، ۱۳۹۶). بکارگیری رویکرد پذیرش و تعهد به علت سازوکاری نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون قضاوت، رویارویی و رهاسازی در تلفیق با فنون رفتاردرمانی شناختی سنتی می‌تواند ضمن کاهش علائم روانی اثربخشی را افزایش می‌دهد و موجب افزایش خودمراقبتی می‌گردد. آنها با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، در رویارویی با رویدادهای استرس‌زا با خوش‌بینی و اعتماد به نفس برخورد می‌کنند، رویدادها را قابل کنترل می‌بینند و به طور کلی سیستم پردازش اطلاعات خود را به شیوه‌ی 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 ذهن‌آگاهی بر اصلاح توجه و آگاهی مراجعین تأکید می‌ورزند این رویکرد، یک درمان رفتاری است که از مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند (موسوی و دشت بزرگی، ۱۳۹۶). 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. در این درمان تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه فنون گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها، همگی منجر به افزایش میزان تاب‌آوری در بیماران دیابتی 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 برنامه‌ی فعلی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است بپردازند (لیندهوم اولیندر و همکاران، ۲۰۱۵). در اینجا با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، بیماران دیابتی 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 بازدارنده 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 اینکه از آنها فاصله بگیرند و به افکار و فرایند تفکرشان به وسیله‌ی ذهن آگاهی بیشتر پرداخته و آنها را در جهت فعالیت‌های هدف محور پیوند دهند. به طور خلاصه، درمان پذیرش و تعهد تلاش می‌کند تا به افراد یاد دهد که افکار و احساساتشان را تجربه کنند؛ به جای اینکه 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. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به این‌که در طول مداخله از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند و نتیجه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی چیزی نیست جز افزایش توانایی افراد برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و آنچه در آن لحظه برای آنها امکان‌پذیر است و به شیوه‌های عمل نمایند که منطبق با ارزش‌های انتخاب‌شده باشد (شاه بیگ، تقوی جورابچی، روحانی و محمدی، ۱۳۹۷). این تجربه در زمان حال به مراجعان کمک می‌کند تغییرات را آن‌گونه که هست تجربه کنند، نه آن‌گونه که ذهن می‌سازد...

فرضیه ۲: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر فشار روانی بیماری در افراد مبتلاء به دیابت تاثیر دارد.

با توجه به نتایج بدست آمده، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر فشار روانی بیماری در افراد مبتلاء به دیابت تاثیر دارد و فرضیه ی ۲ پژوهش مورد تایید واقع گردید. همسو با نتایج بیگدلی و دهقان (۱۳۹۸)، مرادی و خالدی (۱۳۹۷)، شایقان، امیری، آگیلاروفایی، بشارت (۱۳۹۷)، لیندهوم اولیندر و همکاران (۲۰۱۵) می باشد.

علی‌رغم اهمیت موج سوم درمان‌های شناختی رفتاری از جمله رویکرد پذیرش و تعهد به عنوان حوزه مهمی از روان درمانی‌های نوظهور که پژوهش‌ها از نقش مؤثر آن بر استرس، اختلالات اضطرابی، افسردگی و سایر شرایط بالینی حکایت دارند و اثربخشی آن را در افزایش بهزیستی روانشناختی بیماران دیابتی رنج می‌برند، نشان داده اند. در تبیین این یافته باید به فرایندهای حاکم بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد. از جمله مهم‌ترین تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تصریح ارزش‌ها و اعمال متعهدانه می‌باشد. ترغیب بیماران به شناسایی ارزش‌ها و تعیین اهداف، اعمال و در نهایت تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها با وجود مشکلات باعث می‌شود (موسوی و دشت بزرگی، ۱۳۹۶)، تا ضمن تحقق اهداف و بهزیستی، این گروه از بیماران از گیر کردن در دور باطلی از احساسات منفی از قبیل اضطراب، استرس، ناامیدی و افسردگی که به نوبه خود موجب تشدید مشکلات می‌شوند، رهایی یابند. فرایند مؤثر دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل و پذیرش می‌باشد. در این مولفه‌ها این امکان برای بیماران فراهم می‌گردد تا تجربیات درونی ناخوشایند را بدون تلاش برای کنترل آن‌ها بپذیرند و انجام این کار باعث می‌شود که آن تجربیات کمتر تهدیدکننده به نظر برسد و تأثیر کمتری بر زندگی فرد داشته باشند، می‌شود که دیدگاهی متفاوت نسبت به رویدادهای ذهنی ایجاد شود و به فرد این اجازه را می‌دهد تا رویدادهای ذهنی را مشاهده کرده و آن‌ها به عنوان یک رویداد و نه به عنوان بخشی از خود در نظر بگیرد (شاه بیگ، تقوی جورابچی، روحانی و محمدی، ۱۳۹۷). ذهن آگاهی اثرات بسیاری را در کاهش فشار روانی بیماری و ارتقای بهزیستی روانی و سلامت برجای می‌گذارد. می‌توان گفت، یکی از مواردی که باعث کاهش بهزیستی روان شناختی در افراد مصروع می‌شود مشغولیت‌های فکری بی‌ثمری است که این افراد در ارتباط با بیماری و عوارض آن دارند از این رو تکنیک‌های ناامیدی خلاقانه که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از آنها استفاده می‌شود باعث شد افراد از درگیر شدن با شرایط غیر قابل کنترل مثل حملات عصبی و افکار و هیجاناتی که مرتبط با این بیماری است بپرهزند و با پذیرش این تجارب درونی برای رسیدن به یک زندگی ارزشمند برنامه ریزی کنند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و فنون آن، مشاهده و توصیف بدون قضاوت تجارب در زمان حال را تشویق می‌کنند؛ چیزی که به عنوان یک فرایند دانستن از آن یاد می‌شود (لیندهوم اولیندر و همکاران، ۲۰۱۵). این تجربه در زمان حال، به مراجعان کمک می‌کند تا تغییرات دنیا را آن گونه که هست، تجربه کنند نه آن گونه که ذهن می‌سازد. این ارتباط و تماس با زمان حال، باعث شد که افراد تحت تأثیر برنامه ریزی‌ها و عکس‌العمل‌ها و افکار گذشته خود قرار نگیرند و رفتارها جدید و متفاوت از گذشته را انجام دهند شواهد پژوهشی قبلی نیز حاکی از آن است که آموزش ذهن آگاهی به تنهایی می‌تواند باعث افزایش کیفیت زندگی افراد شود. این درمان در حوزه ارتباطات مثبت با دیگران نیز مؤثر بود این در حالی است که این درمان به صورت مستقیم شیوه‌های ارتباط مؤثر را آموزش نمی‌دهد، اما با تأکید بر بروز و پذیرش عواطف باعث تسهیل در روابط مثبت با دیگران شد (معززی، مقاللو، مقاللو و پیشوایی، ۲۰۱۷). هدف نهایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش

دادن خزانه رفتاری این افراد در برابر این افکار و هیجانات بود؛ بنابراین افراد گروه آزمایش با استفاده از تکنیک های پذیرش و گسلش و خود به عنوان زمینه و ذهن آگاهی توانستند به ماهیت ذهنی بودن تجارب درونی خود پی بردند و افکار و هیجانات منفی را تعیین کننده رفتار خود ندانند و در نهایت به جای کنترل کردن این تجارب درونی سعی کردند این تجارب را همانگونه که هستند، بپذیرند. تکنیک های روشن سازی ارزش ها نیز که در این درمان استفاده شد به افراد گروه آزمایش کمک کرد به ارزش های شخصی خود که زندگی آنها را غنی می کند پی ببرند (اسیدی، آنیانیو، اوگوبور و ایچکوجو، ۲۰۱۶). انتخاب ارزش ها راهی را جهت ایجاد اهداف انعطاف پذیر و عملی فراهم آورد و منجر به عملکرد موفق تر و کارایی بهتر افراد در طول زمان شد. درواقع، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد کمک کرد که مسیر زندگی خود را بررسی کرده و انتخاب های خود را نه بر اساس نگرانی، شرمندگی و احساس خجالت و یا سایر افکار منفی بلکه آگاهانه و آزادانه برگزینند. علاوه بر این درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد گروه آزمایش را ترغیب کرد در جهت رسیدن به ارزش های خود اهداف رفتاری مشخصی تعیین کنند و نسبت به این رفتار متعهد باشند. در نهایت، می توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تکنیک های که در جهت رسیدن به انعطاف پذیری روان شناختی از آنها استفاده می کند باعث بهبود مؤلفه های بهزیستی روان شناختی در افراد مبتلا به آسم گردید.

منابع

- آزادی، محمد مهدی؛ منشی، غلامرضا؛ گل پرور، محسن (۱۳۹۸). مقایسه اثر بخشی مداخلات ذهن آگاهی مبتنی بر شبکه های اجتماعی تلفن همراه با درمان گروهی پذیرش و تعهد (ACT) و مداخلات گروهی ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *فصلنامه پرستاری دیابت*. ۷ (۲): ۷۷۵-۷۹۲.
- احمدی، زکیه؛ صادقی، تابنده؛ لری پور، مرضیه (۱۳۹۵). بررسی تاثیر آموزش توسط همتا بر خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت. *مجله دیابت و متابولیسم/ایران*. ۱۵ (۶): ۳۸۲-۳۹۱.
- بیگدلی، روجا؛ دهقان، فاطمه (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سلامت روان شناختی و رضایت از زندگی در مبتلایان به دیابت نوع دو. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*. ۵ (۴): ۳۴-۴۲.
- بهرروز، بهروز؛ بوالی، فاطمه؛ حیدری زاده، نسرين؛ فرهادی، مهران (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روان شناختی، سبک های مقابله ای و کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع II. *سلامت و بهداشت*. ۷ (۲): ۲۵۳-۲۳۶.
- حر، مریم؛ منشی، غلامرضا (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در شهر اصفهان. *مجله دیابت و متابولیسم/ایران*. ۱۶ (۶): ۳۰۹-۳۱۶.
- دلاور، علی (۱۳۹۵). *روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی*، نشر ویرایش: تهران.
- رجبی، ساجده؛ یزدخواستی، فریبا. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام اس. *مجله روانشناسی بالینی*، ۶ (۱): ۳۸-۲۹.
- شایقان، زینب؛ امیری، پرینا؛ ای. آگیلاروفایی، ماریا؛ بشارت، محمدعلی (۱۳۹۴). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود هموگلوبین گلیکوزیله و فعالیت های خودمراقبتی در مبتلایان به دیابت نوع دو. *روانشناسی معاصر*، ۲، ۱۰، ۴۱-۵۰.
- شاه بیگ، سروش؛ تقوی جورابچی، فاطمه؛ روحانی، نیکو و محمدی، مرجان (۱۳۹۷). اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابرازگری هیجانی و رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *فصلنامه سواد سلامت*، ۳ (۴): ۴۵-۳۲.

طل، آذر؛ شجاعی زاده، داود؛ اسلامی، احمد علی؛ الحانی، فاطمه؛ مهاجری تهرانی، محمد رضا؛ شریفی راد، غلامرضا (۱۳۹۰). تحلیل برخی عوامل مرتبط با پیش‌بینی کنندگی خودمدیریتی در بیماران دیابتی نوع ۲. *بیمارستان*. ۱۰ (۳): ۶۹-۶۲.

مرادی، امید و خالدی، لادن (۱۳۹۳). اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش علائم افسردگی بیماران دیابتی کلینیک دیابت شهر سنندج، *اولین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی*، تهران، موسسه آموزش عالی مهر ارونند، مرکز راهکارهای دستیابی به توسعه پایدار.

محمدی، تینا؛ راه نجات، امیرمحسن؛ اسماعیلی، علی؛ تقوا، ارسیا؛ شاهمیری، حسن؛ دباغی، پرویز (۱۳۹۷). تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب بیماران دیابتی نوع یک. *ابن سینا*. ۲۰ (۱): ۴۸-۵۵.

میرغفاری، سیده بیتا؛ رحمانی، سهیلا؛ قراخانی، مریم و رهنمازاده، مجتبی (۱۳۹۸). اثربخشی درمان تعهد مبتنی بر پذیرش بر خودمدیریتی در بیماران مبتلاء به نارسایی احتقانی قلب، پنجمین کنفرانس ملی نوآوری های اخیر در روانشناسی، کاربردها و توانمندسازی با محوریت روان‌درمانی، تهران، دانشگاه شمس گنبد و با حمایت انجمن ها و گروه‌های آموزشی دانشگاه‌های کشور.

موسوی، مریم؛ دشت بزرگی، زهرا (۱۳۹۶). تأثیر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان ضریب سختی و استرس ادراک‌شده بیماران مبتلاء به دیابت نوع دو. *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*. ۵ (۴): ۳۱۹-۳۱۱.

هادیان نجف آبادی، مریم؛ کاظمی، ملیحه (۱۳۹۶). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر اختلال اضطراب فراگیر کودکان مبتلا به دیابت نوع یک. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*. ۲۵ (۶): ۱۹۸-۱۸۵.

منابع انگلیسی

- Amsberg, S., Wijk, I., Livheim, F., Toft, E., Johansson, U. B., & Anderbro, T. (2018). Acceptance and commitment therapy (ACT) for adult type 1 diabetes management: study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ open*, 8(11), e022234.
- Bricker, J. B., Copeland, W., Mull, K. E., Zeng, E. Y., Watson, N. L., Akioka, K. J., & Heffner, J. L. (2017). Single-arm trial of the second version of an acceptance & commitment therapy smartphone application for smoking cessation. *Drug & Alcohol Dependence*, 170, 37-42.
- Ellis, A., & Dryden, W. (2007). *The practice of rational emotive behavior therapy*. Springer publishing company.
- Ellis, A. (1993). Fundamentals of rational-emotive therapy for the 1990s.
- Ellis, A. (1999). Rational-Emotive Behavior Therapy and cognitive Behavior Therapy for Elderly people. *Journal of Rational Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 17: 5-18.
- Eseadi, C., Anyanwu, J. I., Ogbuabor, S. E., & Ikechukwu-Ilomuanya, A. B. (2016). Effects of cognitive restructuring intervention program of rational-emotive behavior therapy on adverse childhood stress in Nigeria. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 34(1), 51-72.
- Eseadi, C., Onwuka, G. T., Otu, M. S., Umoke, P. C., Onyechi, K. C., Okere, A. U., & Edeh, N. C. (2017). Effects of rational emotive cognitive behavioral coaching on depression among type 2 diabetic inpatients. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 35(4), 363-382.
- Gross, M., Moore, Z. E., Gardner, F. L., Wolanin, A. T., Pess, R., & Marks, D. R. (2018). An empirical examination comparing the Mindfulness-Acceptance-Commitment approach and Psychological Skills Training for the mental health and sport performance of female student athletes. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 16 (4), 431-451.
- Gherman, A. (2016). MEASURING PSYCHOLOGICAL INSULIN RESISTANCE FROM THE RATIONAL EMOTIVE AND BEHAVIORAL THERAPY PERSPECTIVE:

- DEVELOPMENT OF THE BELIEFS ABOUT INSULIN SCALE. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 16(2).
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E., Bissett, R., Batten, S., Piasecki, M., et al. (2004). A preliminary trial of Twelve-Step Facilitation and Acceptance and Commitment Therapy with poly substanceabusing methadone-maintained opiate addicts. *Behavior Therapy*, 35, 667-688.
- Hayes, L., Boyd, C. P., & Sewell, J. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of adolescent depression: A pilot study in a psychiatric outpatient setting. *Mindfulness*, 2 (2), 86-94.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2014). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40 (7), 976-1002.
- Hayes, S. C., & Lillis, J. (2012). Acceptance and Commitment Therapy (Theory and Psychotherapy). *American Psychological Association*.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (Eds.). (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Springer Science & Business Media.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40 (7), 976-1002.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer-Verlag.
- Jung, M. J., La, M. O., & Son, C. (2017). Effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Premenstrual Symptoms, Attitudes about Menstruation, and Perceived Stress of Women with Premenstrual Syndrome. *Journal of Digital Convergence*, 15(1), 485-495.
- Joshi, S. K., & Shrestha, S. (2010). Diabetes Mellitus: A review of its associations with different environmental factors. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ)*, 8, 109-15 .
- Kaboudi, M., Dehghan, F., & Ziapour, A. (2017). The effect of acceptance and commitment therapy on the mental health of women patients with type II diabetes. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*, 10(6), 1709.
- Kim, E. S. (2018). Development and effect of a rational-emotive-behaviour-therapy-based self-management programme for early renal dialysis patients. *Journal of clinical nursing*, 27(21-22), 4179-4191.
- Kioskli, K., Winkley, K., & McCracken, L. M. (2019). Might psychological flexibility processes and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) apply in adults with painful diabetic neuropathy? A cross-sectional survey. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 13, 66-73.
- Lee S-J., Lee H-C., & Yoo, J-S. (2007). *Lifestyle Modification on Glycemic Control and Body Composition in Type 2 Diabetes s Asian Nursing Research*, 1, 2
- Lindholm-Olinder, A., Fischier, J., Fries, J., Alfonsson, S., Elvingson, V., Eriksson, J. W., & Leksell, J. (2015). A randomised wait-list controlled clinical trial of the effects of acceptance and commitment therapy in patients with type 1 diabetes: a study protocol. *BMC nursing*, 14(1), 61.
- Lindholm-Olinder, A., Fischier, J., Fries, J., Alfonsson, S., Elvingson, V., Eriksson, J. W., & Leksell, J. (2015). A randomised wait-list controlled clinical trial of the effects of acceptance and commitment therapy in patients with type 1 diabetes: a study protocol. *BMC nursing*, 14(1), 61.
- Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Mausbach, B. T., López, J., Fernández-Fernández, V., & Nogales-González, C. (2015). Cognitive-behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for dementia family caregivers with significant depressive symptoms: Results of a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83 (4), 760.

- Lim, S. C. (2018). Improving diabetes self-mangement and mental health through acceptance and commitment therapy. *The Journal of Korean Diabetes*, 19(3), 186-191.
- Mangayarkarasi, K., & Sellakumar, G. K. (2017). EFFICACY OF RATIONAL EMOTIVE THERAPY IN THE MANAGEMENT OF DEPRESSION IN HIV INFECTED WOMEN. *International Journal of Education and Psychology in the Community*, 7(1/2), 41.
- Melton, L. (2016). development of an Acceptance and Commitment Therapy Workshop for Diabetes. *Clinical Diabetes*, 34(4), 211-213.
- Moazzezi, M., Moghanloo, V. A., Moghanloo, R. A., & Pishvaei, M. (2015). Impact of acceptance and commitment therapy on perceived stress and special health self-efficacy in seven to fifteen-year-old children with diabetes mellitus. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 9(2).
- Pakenham, K. I. (2017). Training in acceptance and commitment therapy fosters self-care in clinical psychology trainees. *Clinical Psychologist*, 21 (3), 186-194.
- Polonsky, W. H., Fisher, L., Earles, J., Dudl, R. J., Lees, J., Mullan, J., & Jackson, R. A. (2005). Assessing psychosocial distress in diabetes: development of the diabetes distress scale. *Diabetes care*, 28(3), 626-631.
- Rosen, G. M., & Lilienfeld, S. O. (2016). On the failure of psychology to advance self-help: Acceptance and commitment therapy (ACT) as a case example. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46(2), 71-77.
- Snoek, F. J., & Skinner, T. C. (2006). Psychological aspects of diabetes management, *Medicine*, 34, 2, 61-63.
- Toobert, D. J., & Glasgow, R. E. (1994). Assessing diabetes self-management: the summary of diabetes self-care activities questionnaire. *Handbook of psychology and diabetes: A guide to psychological measurement in diabetes research and practice*, 351, 75.
- Wang, S., Zhou, Y., Yu, S., Ran, L. W., Liu, X. P., & Chen, Y. F. (2017). Acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy as treatments for academic procrastination: A randomized controlled group session. *Research on Social Work Practice*, 27 (1), 48-58.