



## مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر مکان کنترل سلامت، باورهای غیرمنطقی سلامت و پیروی از درمان در مردان و زنان مبتلا به دیابت II

دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران  
دانشیار گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران  
استادیار گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران  
دانشیار گروه مشاوره، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

راحله گلستانی<sup>id</sup>  
جواد خلعتبری\*<sup>id</sup>  
محمد ناصحی<sup>id</sup>  
شهره قربان شیرودی<sup>id</sup>

javadkhalatbari@yahoo.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۱/۱۰

دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۲۸

فصلنامه علمی پژوهشی  
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰

<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۱ پیاپی ۱۰ | ۵۴۲-۵۶۴

بهار ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(گلستانی، خلعتبری، ناصحی و قربان

شیرودی، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

گلستانی، راحله، خلعتبری، جواد، ناصحی، محمد، و قربان شیرودی، شهره (۱۴۰۱). مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر مکان کنترل سلامت، باورهای غیر منطقی سلامت و پیروی از درمان در مردان و زنان مبتلا به دیابت II فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۳(۱) پیاپی ۱۰: ۵۴۲-۵۶۴.

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر مکان کنترل سلامت، باورهای غیرمنطقی سلامت و پیروی از درمان در افراد مبتلا به دیابت II بود. **روش پژوهش:** این پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه‌های آزمایش و گواه بود. جامعه آماری در این پژوهش مردان و زنان دارای تشخیص اختلال دیابت نوع II مراجعه‌کننده به درمانگاه امام حسین شهرستان ساری بود که طی یک فراخوان عمومی (درمانگاه امام حسین واقع در ساری)، مردان وزنانی حائز شرایط شرکت در پژوهش به‌صورت در دسترس ۴۵ نفر انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی در سه گروه درمان شناختی-رفتاری (۱۵ نفر)، درمان پذیرش و تعهد (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه درمان شناختی رفتاری پروتکل درمانی فری (۲۰۰۵) را در دوازده جلسه و گروه درمان پذیرش مبتنی بر تعهد پروتکل هیز (۲۰۰۴) را در هشت جلسه دریافت کردند. هر سه گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با پرسشنامه‌های باورهای منطقی سلامت توسط کریستنسن و همکاران (۱۹۹۹)، چندوجهی کانون کنترل سلامت والستون و والستون (۱۹۸۲) و پرسشنامه پیروی از درمان مدانلو (۱۳۹۲) ارزیابی شدند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از واریانس اندازه‌های مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر باورهای غیرمنطقی سلامت ( $F=۳/۴۹۷$  و  $P=۰/۰۴۳$ )، کنترل بیرونی ( $F=۴/۳۴۲$  و  $P=۰/۰۲۲$ )، کنترل درونی ( $F=۵/۲۳۶$  و  $P=۰/۰۴۳$ ) و پیروی از درمان ( $F=۱۲/۶۰۶$  و  $P=۰/۰۰۱$ ) در مرحله پس‌آزمون تأثیر دارد و این تأثیر در مرحله پیگیری پایدار گزارش شد. **نتایج:** هر دو روش درمانی می‌توانند باورهای غیرمنطقی سلامت، کنترل درونی و بیرونی و پیروی از درمان را بهبود بخشند؛ اما درمان پذیرش و تعهد دارای تأثیر بیشتری بر متغیرهای پژوهش بود.

**کلیدواژه‌ها:** کنترل سلامت، باورهای غیرمنطقی، پیروی از درمان، پذیرش و تعهد، شناختی-رفتاری

## مقدمه

امروزه کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته، همگی در حال تجربه همه گیری دیابت، به ویژه دیابت تیپ ۲ می باشند. میزان شیوع و بروز بیماری در اغلب کشورها همچنان بدون توقف در حال افزایش است. تعداد مبتلایان به دیابت از ۱۱۸ میلیون نفر در سال ۱۹۹۵ به ۲۲۰ میلیون نفر در سال ۲۰۱۰ رسیده و پیش بینی می شود که به مرز ۳۰۰ میلیون نفر در سال ۲۰۲۵ نیز برسد دیابت شیرین از جمله بیماری های متابولیکی است که با کمبود نسبی یا مطلق انسولین، افزایش گلوکز خون و اختلال در متابولیسم کربوهیدرات، چربی ها و پروتئین همراه است سازمان بهداشت جهانی پیش بینی کرده است دیابت در ایران تا سال ۲۰۲۵ حدود ۶/۸ درصد جمعیت کشور را درگیر خواهد کرد. این بیماری (دیابت تیپ ۲) شایع ترین علت بیماری های کلیوی، موارد جدید نابینایی و قطع اندام غیر ترومایی می باشد (بهرز، بوالی، حیدری زاده و فرهادی، ۱۳۹۵). سالیانه در کشور بیش از ۲۵۰ نفر از مشکلات ناشی از بیماری دیابت می میرند و دو برابر این تعداد نیز در خطر بروز حملات قلبی و سکته قرار دارند. هم اکنون در کشورهای پیشرفته به ازای هر بیمار شناخته شده، حداقل یک بیمار ناشناخته وجود دارد. در حالی که در کشورهای در حال توسعه موقعیت کاملاً متفاوت بوده و به ازای هر بیمار شناخته شده ممکن است تا ۴ مورد بیمار شناخته نشده دیگر وجود داشته باشد (طریقت اسفنجانی، نمازی، بهرامی و احتشامی، ۱۳۹۰). با توجه به آمارهای جهانی در زمینه درصد بیماران دیابتی و متغیرهای مؤثر در ابتلا به آن به نظر می رسد در ایران بیش از ۴ درصد جمعیت یعنی بالغ بر ۳ میلیون نفر مبتلا به دیابت وجود داشته باشد. مسائل یاد شده ضرورت تأمین امکانات درمانی مناسب در زمینه کنترل هر چه مطلوب تر بیماری دیابت را تأیید می نماید. امروزه اکثر صاحب نظران اصول اساسی درمان دیابت را به صورت استفاده از رژیم غذایی، فعالیت جسمانی و دارو می دانند، به گونه ای که فعالیت جسمانی منظم کاهش معنی دار هموگلوبین گلیکوزیلد و کاهش هایپرلیپیدمی و عوامل خطر بیماری قلبی و نیز مزایای روان شناختی را برای بیمار به همراه دارد (برهانی، عباس زاده، تائبی و کهن، ۱۳۸۹). تا چند سال قبل بیماری های واگیردار به عنوان بزرگ ترین معضل بهداشتی کشورهای جهان سوم به شمار می رفت در حالی که امروزه بیماری های مزمن از جمله دیابت تهدیدی جدی برای کشورهای در حال توسعه محسوب می گردد. این بیماری موقعیت فرضی است که نیازمند پایش روزانه قند خون، تزریق های مکرر، دیدار مدام با پرسنل درمانی، برنامه دقیق ورزشی و غذایی برای دستیابی به کنترل رضایتمندانه دارد. این بیماری علاج قطعی ندارد و مهم ترین درمان آن پیشگیری است که با شناسایی به موقع و مراقبت صحیح بر پایه آموزش بیماران می توان از عوارض حاد و مزمن آن پیشگیری کرد، یا بروز آن را به تعویق انداخت (بهرز و همکاران، ۱۳۹۵).

هزینه بالای مراقبت های بهداشتی، بر لزوم تغییر رویکرد درمانی به رویکرد پیشگیری از بیماری، بیشتر تأکید شده است و در همین راستا، پژوهش های مختلف سازمان جهانی بهداشت بر اهمیت ارتقای سلامت که شامل تشویق سبک زندگی سالم، خلق محیط حمایت کننده برای سلامت، تقویت اقدام جامعه، جهت دهی مجدد خدمات بهداشتی و تعیین سیاست های بهداشت عمومی است، تأکید کرده است (فتح آبادی، صادقی، جمهری و طلائشان، ۱۳۹۶). سازمان بهداشت جهانی، مؤثرترین مدل ها و نظریه های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در عمل را خلاصه کرده است که این مدل ها شامل مدل عقلانی،

مدل پردازش موازی توسعه داده شده<sup>۱</sup>، مدل تغییر فرا نظری<sup>۲</sup>، نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده، مدل آموزش بهداشت فعال شده<sup>۳</sup>، نظریه شناختی اجتماعی، نظریه ارتباط، نظریه انتشار نوآوری<sup>۴</sup> و مدل باور سلامت<sup>۵</sup> است. طبق مدل باور سلامت که یکی از شناخته شده‌ترین مدل‌های رفتار سلامت است، باور فرد درباره وجود خطر و اثربخشی یا اجتناب از یک رفتار، احتمال انجام آن رفتار را پیش‌بینی می‌کند (اسپارزا-دیل ویلار، ۲۰۱۷). بر اساس مفروض اصلی مدل باور سلامت، باورهای فرد درباره وضعیت سلامتی‌اش، بیشترین تأثیر را بر حالات و پیامدهای سلامتی او خواهد داشت (روزن استوک، ۱۹۷۴). در واقع، باورهای افراد درباره وضعیت سلامتی‌شان و احتمال بروز بیماری، اثر مهمی در انجام فعالیت‌های مرتبط با پیشگیری از بیماری‌ها دارد و وجود باورهای غلط درباره سلامت، عامل خطر مهمی برای پیدایش بیماری‌ها است (وانگ و کوپس، ۲۰۱۰). باورهای غیرمنطقی، افکاری هستند که بر روان فرد سلطه دارند و عامل تعیین‌کننده نحوه تعبیر و تفسیر و معنی دادن به رویدادها و تنظیم‌کننده کیفیت و کمیت رفتارها و عواطف-اند این باورها حقیقت ندارند و با واقعیت منطبق نیستند؛ باید و حکم برای فرد می‌آورند؛ تعادل فرد را از بین می‌برند و از ایجاد نظم جلوگیری می‌کنند (اژه ای و حاتمی، ۱۳۹۳). محققان در تعریف باورهای غیرمنطقی درباره سلامت، به نوعی سوگیری خوش‌بینانه در قضاوت مردم درباره احتمال به خطر افتادن سلامتی‌شان اشاره کرده‌اند؛ به این معنی که افراد به این باور گرایش دارند که کمتر از اطرافیان خود، در معرض خطرند؛ لذا رفتارهای سلامت‌محور کمتری انجام می‌دهند و به دلیل باور به اینکه هرگز و تحت هیچ شرایطی بیمار نمی‌شوند، بیشتر در معرض خطر قرار گرفته و بیشتر دچار بیماری‌های جسمی می‌شوند (اندرسون و امری، ۲۰۱۴) بر اساس مطالعات انجام شده، باورهای غیرمنطقی سلامت، یکی از موانع اصلی درمان نکردن، پیروی نکردن از دستورات پزشک، مصرف نکردن بهینه داروهای تجویز شده، ناباوری به کارآمد بودن تجهیزات پزشک و اعتماد نداشتن به گروه‌درمانی به شمار می‌رود (ناپ، ۲۰۱۳).

از دیگر عوامل سلامت در بیماری‌های مزمن سازه منبع کنترل، باور فرد درباره میزان کنترل وی بر وقایع خاصی است که در زندگی‌اش رخ می‌دهد کانون کنترل سلامت به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های باور بهداشتی، از جمله عوامل دیگری است که به نظر می‌رسد با پیروی از درمان در ارتباط است. منبع کنترل درونی، به اعتقاد فرد بر کنترل وقایع یا شرایط زندگی‌اش توسط رفتار یا خصیصه‌های فردی خودش دلالت دارد و منبع کنترل بیرونی نیز بر باور فرد به اینکه وقایع یا شرایط زندگی‌اش، تحت کنترل منابع بیرونی و دیگران است، اشاره می‌کند (نیموشن و نمزار، ۲۰۱۴). منبع کنترل نشان‌دهنده این باور فرد است که شرایط و انتخاب-هایش تحت کنترل خودش یا دیگری است. در واقع، افرادی که دارای منبع کنترل درونی هستند، دارای باورهای قوی در تصمیم‌گیری رفتارهای بهداشتی بوده و خود را مسئول سلامتی خود می‌دانند. در نقطه مقابل، افرادی که دارای منبع کنترل بیرونی هستند، معمولاً به‌طور انفعالی عمل نموده و خود را مستقیماً مسئول سلامتی خود ندانسته و همواره به تأثیر قضا و قدر، شانس، پزشک و نیروی قدرتمند دیگران در

1. extended parallel process model
2. trans- theoretical model of change
3. activated health education model
4. diffusion of innovation theory
5. health belief model

ارتباط با بیماری یا سلامتی خود معتقدند. مکان کنترل، به این خاطر یک ویژگی مهم مرتبط با سلامت دانسته می‌شود که بر اساس آن فرد باور دارد محیط، تحت کنترل وی است یا وی تحت کنترل محیط قرار دارد و علاوه بر نشانه‌های فیزیکی گرسنگی یا سیری، توانایی تفسیر مناسب آن‌ها در موقعیت‌های اجتماعی را شامل می‌شود (اینفورا و همکاران، ۲۰۱۱).

یکی از هدف‌های مهم روان‌شناسی سلامت آموزش به بیمار، تشویق وی به پیروی از رژیم‌های توصیه‌شده درمانی است (برونر و سودارتس، ۲۰۰۰؛ چان و مالسپوتیس، ۱۹۹۹؛ هرماندز، ۱۹۹۷). در برخی بررسی‌های انجام‌شده میزان پیروی نکردن از دستورات درمانی در دیابتی‌ها بین ۲۳٪ تا ۹۳٪ (هرماندز، ۱۹۹۷) و در برخی از آن‌ها در یک‌سوم تا سه‌چهارم افراد مبتلا (لو، ۱۹۹۹؛ چان و مالسپوتیس، ۱۹۹۹) گزارش شده است. پیروی یک فرآیند رفتاری پیچیده بوده و عوامل متعددی در آن تأثیر می‌گذارند که می‌توان بر اساس الگوی زیستی-روانی-اجتماعی و الگوی ادغام پزشکی و روانشناسی که از الگوهای غالب روانشناسی سلامت شناخته شده‌اند (بویر و پاهریا، ۲۰۰۸).

در ارتباط با درمان‌های روان‌شناختی بیمارهای مزمن امروزه با نسل سوم این درمان‌ها مواجه هستیم که آن‌ها را می‌توان تحت عنوان کلی، مدل‌های مبتنی بر پذیرش<sup>۱</sup> نامید؛ مانند درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۲</sup> (MBCT)، درمان فراشناختی<sup>۳</sup> و درمان پذیرش و تعهد<sup>۴</sup> (ACT) (هیز و همکاران، ۲۰۱۲). در این درمان‌ها به جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. یکی از این درمان‌ها که اخیراً در مرکز توجه جدی پژوهشگران قرار گرفته است، درمان پذیرش و تعهد (ACT) می‌باشد (توماس و همکاران، ۲۰۱۴). در ACT هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (هیز و همکاران، ۲۰۱۲). در این درمان ابتدا سعی می‌شود، پذیرش روانی<sup>۵</sup> فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نا مؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به‌طور کامل پذیرفت. در مرحله دوم، بر آگاهی روانی<sup>۶</sup> فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی، فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم، به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی<sup>۷</sup>) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر یا داستان شخصی که فرد برای خود تجسمی در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های

1. Acceptance Based Models
2. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)
3. Meta Cognitive
4. Acceptance and Commitment Therapy
5. Psychological Acceptance
6. Psychological Awareness
7. Cognitive Defusion

شخصی اصلی‌اش را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها). درنهایت ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه<sup>۱</sup> یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص‌شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی (انوری و همکاران، ۱۳۹۳). این تجارب ذهنی می‌توانند افکار غیرمنطقی، وسواسی، فلش بک، خشم، استرس، هراس‌ها و یا اضطراب‌های اجتماعی و... باشند مزیت عمده این روش نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی، به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است. درواقع، مداخلات در درمان ACT برای دیابت باهدف کاهش و کنترل اختلالات مرتبط با دیابت که چالش‌هایی هیجانی ایجاد می‌کنند و نیز برای بهبودی و ارتقای مهارت‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی انجام می‌شود. این نوع از روان‌درمانی احتمالاً تغییرات واقع‌بینانه‌ای در رابطه با دیابت ایجاد می‌کند (توماس و همکاران، ۲۰۱۴).

در این میان درمان رایج روان‌شناختی، درمان شناختی- رفتاری می‌تواند بر سبک زندگی بیماران مزمن مؤثر باشد و آن‌ها را بهبود بخشد. مارکر و همکاران (۲۰۱۲) معتقدند که بیماران دیابتی سبک زندگی ناصحیحی دارند. فعالیت‌های مرتبط با سبک زندگی مانند فعالیت جسمانی، تغذیه و استراحت، کنترل و پایش قند خون، نحوه ارتباط با افراد متخصص و سایر افراد تأثیرگذار بر فرد، فعالیت‌های خودکنترلی و تبعیت از رژیم‌درمانی اغلب به‌عنوان متغیرهای سبک زندگی مورد استفاده قرار می‌گیرند که بیماران دیابتی این اعمال را به‌طور مطلوب انجام نمی‌دهند. سبک زندگی روشی است که فرد در طول زندگی انتخاب کرده و زیربنای آن در خانواده پی‌ریزی می‌شود که درواقع متأثر از فرهنگ، نژاد، مذهب، وضعیت اقتصادی و اجتماعی فرد است بیماران مبتلابه دیابت نوع ۲ سبک زندگی ناصحیح دارند و رژیم غذایی مناسب و ورزش در زندگی آن‌ها کم‌رنگ است. در این میان درمان رایج روان‌شناختی، درمان شناختی- رفتاری می‌باشد که می‌تواند افسردگی این بیماران را کاهش داده و سبک زندگی آن‌ها را بهبود بخشد. الگوی شناختی- رفتاری تنها یک رویکرد خاص نیست، بلکه بخشی از تمام دیدگاه‌ها بوده و به‌خودی‌خود یک رویکرد محسوب می‌شود (دگورت و همکاران، ۲۰۱۲). درمان شناختی- رفتاری یک بر اساس اتصال ضروری اجزای تفکر، احساس و رفتار پایه‌ریزی شده است. یک معتقد است که درمانگران می‌توانند مردم را در بازسازی افکار درراه مقابله بهتر با فشار روانی یاری نمایند. درواقع در این رویکرد درمانی بیمار تشویق می‌شود تا رابطه‌ی میان افکار خود آیند منفی و احساس افسردگی خود را به‌عنوان فرضیه‌هایی که باید به‌بوته آزمایش گذاشته شود تلقی نموده و از رفتارهایی که برآیند افکار خودآیند منفی است به‌عنوان محکی برای ارزیابی اعتبار یا درستی آن افکار بهره‌گیرد. استفاده از درمان شناختی رفتاری و اثرات آن برای درمان بیماری دیابت با توجه به نرخ رشد این بیماری که در حال افزایش است و با توجه به اینکه که کمتر موردتوجه محققان ایران قرار گرفته است از مسائلی است که در تحقیق حاضر موردبررسی و تجزیه‌وتحلیل قرار گرفته است (اسمعیلی و همکاران، ۱۳۹۲)؛ بنابراین سؤال این پژوهش این است:

## 1. Committed Action

۱. آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر مکان کنترل سلامت، باورهای غیرمنطقی سلامت و پیروی از درمان در مردان و زنان مبتلا به دیابت II در مرحله پس-آزمون مؤثر است؟
۲. آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر مکان کنترل سلامت، باورهای غیرمنطقی سلامت و پیروی از درمان در مردان و زنان مبتلا به دیابت II در مرحله پیگیری پایدار است؟
۳. آیا بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان شناختی-رفتاری بر مکان کنترل سلامت، باورهای غیرمنطقی سلامت و پیروی از درمان در افراد مبتلا به دیابت II تفاوت وجود دارد؟

### روش پژوهش

این پژوهش از نوع پژوهش‌های کاربردی و نیمه آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری در این پژوهش کلیه افراد دارای تشخیص اختلال دیابت نوع II مراجعه‌کننده به درمانگاه امام حسین شهرستان ساری می‌باشد که طبق تشخیص یک متخصص غدد داخلی دیابت نوع II را گرفته‌اند. از جامعه مذکور، طی یک فراخوان عمومی (درمانگاه امام حسین واقع در ساری)، افرادی که شرایط شرکت در پژوهش را داشتند فراخوانده شد؛ افراد مایل به شرکت در پژوهش، به‌صورت در دسترس انتخاب شد و به‌صورت تصادفی در سه گروه درمان شناختی-رفتاری، درمان پذیرش و تعهد و گروه کنترل جایگزین شدند. به‌منظور تعیین حجم نمونه، معیارهای مختلفی وجود دارد، یکی از معیارها، روش پژوهش است. لازم به ذکر است که حجم نمونه بر اساس فرمول مقایسه میانگین‌ها معادل ۱۵ نفر در هر گروه برآورد شد. همچنین با در نظر گرفتن تعداد ریزش نمونه‌ها بر اساس مطالعات انجام‌شده قبلی، احتمال ریزش نمونه در مطالعه فوق ۵ نفر در هر گروه پیش‌بینی شده و بر این اساس تعداد کلی افراد نمونه ۴۵ نفر در نظر گرفته شد. گروه کنترل، آموزشی دریافت نکرد. برای ملاک‌های ورود تشخیص پزشک متخصص مبنی بر وجود دیابت نوع II، دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال و رضایت از شرکت در پژوهش می‌باشد. معیارهای خروج شامل به بیماری‌های خاص روانی و عدم تمایل شرکت در پژوهش است. کلیه بیماران فرم کتبی رضایت آگاهانه را امضا و پژوهشگران متعهد شدند در پایان تحقیق آنان را در جریان نتایج قرار دهند.

### ابزار پژوهش

۱. **مقیاس باورهای غیرمنطقی سلامت.** مقیاس باورهای منطقی سلامت توسط کریستنسن و همکاران (۱۹۹۹) ساخته شده است. در این مقیاس ۲۰ گویه ای، شرکت‌کنندگان باید در یک طیف لیکرتی ۵ نقطه‌ای از ۱ (اصلاً تمایلی ندارم به آن فکر کنم) تا ۵ (دقیقاً همیشه در حال فکر کردن در آن مورد هستم) به گویه‌ها پاسخ دهند. نمره پاسخ‌های ۲۰ گویه باهم جمع می‌شود و میانگین نمرات آن، مبین باورهای غیرمنطقی فرد راجع به وضعیت سلامت است؛ به‌طوری‌که نمره بالاتر، مبین تفکرات غیرمنطقی بالاتر است. در فرم اولیه مقیاس باورهای غیرمنطقی سلامت، همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ در نمونه‌ای متشکل از ۳۹۲ نفر دانشجو، ۰/۸۴ به دست آمد؛ همچنین، پایایی این مقیاس با روش آزمون-بازآزمون، طی یک دوره ۱۸ ماهه

در همان نمونه، ۰/۵۷ به دست آمد (کریستنسن و همکاران، ۱۹۹۹). سلطانی شال و همکاران (۱۳۹۶) ویژگی روان‌سنجی این ابزار را از راه تحلیل عاملی اکتشافی و پایایی بررسی کرده و مقدار KMO تحلیل عاملی اکتشافی را برابر ۰/۸۳ و مقدار پایایی آن را با محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و با محاسبه باز آزمایی، ۰/۶۴ گزارش کرده‌اند.

**۲. مقیاس چندوجهی کانون کنترل سلامت.** یکی از ابزارهای گردآوری اطلاعات در این مطالعه فرم C پرسشنامه استاندارد مقیاس چندوجهی کانون کنترل سلامت والستون و والستون (۱۹۸۲) با مقیاس لیکرت ۶ تایی، شامل ۱۸ سؤال است که جهت آن به سمت عدد بزرگ‌تر می‌باشد. شش ماده از این فرم، باورهای افراد را در زمینه کنترل درونی سلامت اندازه‌گیری می‌کند و دوازده ماده دیگر برای سنجش افراد در رابطه با تأثیر عواملی مانند شانس، قدرت دیگران، پزشکان و مردم دیگر در سلامت فردی که بیانگر منبع کنترل بیرونی سلامت هستند، در نظر گرفته شده‌اند. برای گزینه‌های کاملاً موافق تا کاملاً مخالف نمره‌های یک تا شش تعلق می‌گیرد. در نتیجه نمره فرد از ۶ تا ۳۶ برای هر خرده‌آزمون متغیر خواهد بود که با یکدیگر جمع نمی‌شوند و به‌طور مستقل برآورد می‌گردند. پرسش‌نامه استاندارد مقیاس چندوجهی کانون کنترل توسط والستون و دولیس طراحی شده و قبلاً روایی و پایایی آن توسط کوهارا و همکاران در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۷۶ و نیکو گفتار (۱۳۹۱) ۷۰/۷، مشکی و همکاران (۱۳۸۵) برای هر یک از مؤلفه‌های منبع کنترل درونی، منبع کنترل بیرونی یا قدرت دیگران و شانس به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۵ و ۰/۶۹ و حاتملوی سعدآبادی و همکاران (۱۳۸۹) برای هر یک از مؤلفه‌های منبع کنترل درونی، منبع کنترل بیرونی یا قدرت دیگران و شانس به ترتیب ۰/۶۵/۹۴، ۰/۹۰ و ۰/۹۰ برآورد شده است.

**۳. پرسشنامه پیروی از درمان.** پرسشنامه پیروی از درمان مدانلو، در سال ۱۳۹۲ توسط مدانلو در زمینه بیماران مزمن طراحی و روان‌سنجی شد. این پرسشنامه شامل ۴۰ سؤال در حیطه‌های اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، توانایی تطابق، تلفیق درمان با زندگی، چسبیدن به درمان، تعهد به درمان و تدبیر در اجرای درمان می‌باشد. حداًقل و حداًکثر امتیاز در حیطه‌های اهتمام در درمان ۰-۴۵، تمایل به مشارکت در درمان ۰-۳۵، توانایی تطابق ۰-۳۵، تلفیق درمان با زندگی ۰-۲۵، چسبیدن به درمان ۰-۲۰، تعهد به درمان ۰-۲۵ و تدبیر در اجرای درمان ۰-۱۵ می‌باشد که بر اساس دستورالعمل طراح پرسشنامه، امتیازهای اولیه تبدیل به امتیاز بین ۰-۱۰۰ می‌شود. بر اساس این پرسشنامه کسب امتیاز ۷۵-۱۰۰ درصد به معنای تبعیت از درمان بسیار خوب، امتیاز ۵۰-۷۴ درصد به معنای تبعیت از درمان خوب، امتیاز ۴۹-۲۶ درصد به معنای تبعیت از درمان متوسط و کسب امتیاز ۰-۲۵ درصد به معنای تبعیت از درمان ضعیف در نظر گرفته شد. مدانلو پایایی ابزار تبعیت از درمان را با استفاده از روش آزمون مجدد سنجید که در مطالعه ایشان ضریب همبستگی ۲۰/۸۷۵ = به دست آمد (سید فاطمی و همکاران، ۱۳۹۷).

جدول ۱. محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز، ۲۰۰۴)

جلسات	هدف	تمرینات حمایتی بالقوه	تکلیف
اول	هدف از این جلسه معرفی درماندگی خالق است. کشف اهداف و تلاشهای ناموفق و اینکه درمانجو به این بینش برسد که راهبردهای کنترل او در مقابله با مشکلات روانشناختی تا کنون ناکارآمد بوده است. درمانگر نیز به درک مشکلات روانشناختی از دیدگاه (ACT) (مانند همجوشی، راهبردهای کنترل عاطفی، فاصله از ارزشها) و ارائه آن می پردازد.	کسب اهداف اساسی درمانجو؛ کسب و آشنایی با تلاش های گذشته درمانجو برای به انجام رساندن اهداف؛ استعاره گودال؛ معرفی سیستم ناکارآمدی گذشته؛ انتخاب گزینه و حرکت به سمت اینکه "کنترل به عنوان یک مشکل" است (اگر زمان اجازه دهد).	ثبت تجربه های روزانه در مورد بیماری دیابت
دوم	هدف از این جلسه شرح نتیجه جلسه قبل و اینکه مشکلات مربوط به بیماری دیابت و قند خون مراجع نمایانگر پاسخ محدود به شیوه راهبردهای کنترل می باشد. تمرینات تجربی برای چالش با اثربخشی راهبردهای کنترل مورد استفاده قرار گیرد. درمانگر باید به معرفی این ایده بپردازد که "کنترل مساله است، نه راه حل." درمانگر نیز باید به آموزش رابطه بین خلق و خوی و رفتار با استفاده از نمونه های از زندگی خود درمانجو بپردازد، هدف از آن افزایش تعامل درمانجو در فعالیتهایی است که موجب حس مهارت یا لذت وی می شود	- کنترل به عنوان مشکل/ کنترل رویدادهای درونی؛ استعاره دروغ سنجی؛ استعاره ژله شیرینی (دونات ژله ای) - استعاره تقلا در جنگ با هیولای دیابت؛ منطق فعال سازی رفتاری (برای زندگی کامل تر و غنی تر، برای قطع الگوهای اجتناب به عنوان تغییر افکار و احساسات مخالف)؛ تنظیم اولیه هدف رفتاری؛ انتخاب تمایل/ پذیرش اگر زمان اجازه دهد.	- عملکردی از اهداف رفتاری اولیه و شناخته شده - یادداشت روزانه تمایل/ پذیرش بیماری دیابت (یا در صورت لزوم به تعویق انداختن برای جلسه ۳)
سوم	هدف از این جلسه ادامه استخراج تجربه درمانجو برای تقویت این شناخت بوده که "کنترل یک مشکل است" و معرفی تمایل به تجربه دیابت بعنوان یک جایگزین برای کنترل است. درمانگر نیز باید مشکلات را ارزیابی و با فعال سازی	- درجه موفقیت ظاهری در کنترل عمدی احساسات؛ برنامه نویسی از رویدادهای درونی: تمرین اعداد چه هستند؟ درجه تمایل به عنوان یک جایگزین برای کنترل: استعاره دو مقیاس؛ هزینه های عدم تمایل: ناراحتی ناپاک/ بازنگری؛ استعاره	- ناراحتی پاک در مقابل ناراحتی ناپاک - عملکرد در هدف رفتاری تعیین شده - خاطرات روزانه تمایل (اگر



چهارم	<p>رفتاری احتمال موفقیت درمانجو را افزایش دهد.</p> <p>هدف از این جلسه معرفی مفهوم گسلش از افکار و احساسات افسرده ساز مرتبط با بیماری دیابت می‌باشد. درمانگر باید راهبردهایی را برای گسلش و تغییر کلامی که در خدمت افزایش به تمایل گرایی باشد را تسهیل کند.</p>	<p>جعبه پر از مسائل؛ تشخیص ساده هدف رفتاری که نیاز به تمایل دارد</p> <p>تمرین ذهن شما دوست شما نیست (و نمی تواند بدون آن کار انجام دهد)؛ تمرین شیر، شیر، شیر؛ برگها در جویبار روان؛ شناسایی هدف ساده رفتاری که نیازمند تمایل و گسلش باشد.</p> <p>تمرین - تمرین ذهن آگاهی - برگه راهنمای "ذهن آگاهی چیست - شناسایی عملکرد هدف رفتاری تعیین شده</p>
پنجم	<p>هدف از این جلسه سنجش توانایی درمانجو برای گسلش از افکار و احساسات افسرده ساز در رابطه با بیماری دیابت و نشان دادن سایر راههای عملی برای پرورش گسلش است.</p>	<p>- به چالش کشیدن و یا تضعیف (استدلال به‌عنوان علت‌ها) تمرین ظرف بستنی؛ استفاده از حرف (و) در مقابل (اما)؛ من این افکار را دارم؛ تمرین دوباره ذهن آگاهی؛ شناسایی هدف رفتاری که نیازمند گسلش و تمایل باشند.</p> <p>-استدلال بعنوان علت‌ها - ادامه تمرین ذهن آگاهی - شناسایی عملکرد اهداف رفتاری تعیین شده</p>
ششم	<p>هدف در این جلسه معرفی تمایز خود مفهوم سازی شده در برابر خود مشاهده گر است. خود مشاهده گر باید به‌عنوان یک چشم انداز شناخته شود که از این محدوده گسلش و ذهن آگاهی اتفاق می افتد.</p>	<p>- تمرین قطبیت روان؛ قیاس تخته شطرنج؛ تمرین مشاهده گر؛ شناسایی هدف رفتاری ساده که نیازمند گسلش و تمایل هستند.</p> <p>- ادامه تمرین ذهن آگاهی - شناسایی عملکرد هدف رفتاری تعیین شده</p>
هفتم	<p>هدف در این جلسه نشان دادن اهمیت ارزش‌ها و تفهیم به مراجع که چگونه ارزشها "تمایل / پذیرش" را ارزشمند جلوه می دهند. درمانجو باید درک کند که تمایل داشتن برای فعال سازی رفتاری ضروری است.</p>	<p>-مقدمه ای بر ارزش‌ها؛ ارزش به‌عنوان رفتار در مقابل ارزش به‌عنوان احساسات: تمرین جوراب؛ انتخاب ارزش‌ها: انتخاب‌ها در برابر قضاوت‌ها/ تصمیم‌ها؛ شناسایی ارزش‌ها: تمرین مراسم دفن/ تمرین سنگ قبر؛ شناسایی رفتار مبتنی بر ارزش‌ها (هدف رفتاری) که در این هفته باید انجام شود.</p> <p>- دستورالعمل مسیر مبتنی بر ارزش‌ها؛ ادامه تمرین ذهن آگاهی؛ اقدام برای شناسایی ارزشهای تعیین شده</p>
هشتم	<p>هدف در این جلسه کمک به درمانجو است که پیوسته حوزه های زندگی را که مطابق با ارزشهای فرد نیست را</p>	<p>- مطرح کردن ارتباط بین اهداف و ارزش‌ها</p> <p>- عملکرد فعالیت انجام شده مبتنی بر ارزش‌ها</p>

بشناسد. مراجع باید پیوسته -مطرح کردن ارتباط بین فرآیند ارزشهایش را بعنوان منشا تعهد درک و نتایج: استعاره اسکی بازی کند و آنها را در عملی کردن مفهوم -شناسایی فعالیت مبتنی بر (تمایل) و در خدمت فعال سازی ارزشها (هدف رفتاری) که در این رفتاری و اهداف شخصی خود به کار هفته باید انجام داد ببرد.

**نهم** هدف از این جلسه منعکس کردن راهبردهای ممکن؛ استعاره دو پیشرفت حاصل شده و اهداف کوه؛ بحث و گفت‌وگو و اصلاح پیوسته درمانجو برنامه بعد از درمان؛ پایان

**جدول ۲. شرح محتوای جلسات درمان گروهی شناختی - رفتاری بر اساس دستورالعمل (مایکل فری ۲۰۰۵)**

جلسات	هدف	محتوای جلسات
<b>اول</b>	آشنایی با اهداف گروه	در این جلسه، آشنایی با دوره آموزشی، مقررات جلسه، تعریف دقیق درمان شناختی - رفتاری مورد بحث قرار می‌گیرد. انتظار می‌رود در این جلسه مراجعان با درمان شناختی رفتاری آشنایی کلی پیدا کنند.
<b>دوم</b>	دسته بندی، باورها و شناسایی افکار خودآیندمنفی	در این جلسه، شناسایی مقاومت های احتمالی و روش های پیشگیری از آنها، تمرین ریلکسشن، نوشتن حوادث زندگی بر اساس توالی A (رویداد)، B (افکارمنفی)، C (پیامد) در مورد بیماری دیابت انجام خواهد شد. تمرین های خانگی شامل تمرین ریلکسشن، نوشتن حوادث زندگی بر اساس توالی A (رویداد)، B (افکارمنفی)، C (پیامد) خواهد بود. انتظار می‌رود بیماران به شناخت باورها و شناسایی افکار خودآیندمنفی در مورد بیماری مبتلابه دیابت دست یابند.
<b>سوم</b>	مثبت بودن و تفکرات مثبت	در این جلسه، مرور تکلیف جلسه قبل، سخنرانی آموزشی الف: تزریق فکر ب: آشنایی با روش پیکان عمودی، استفاده از عبارت تاکید مثبت انجام خواهد شد. تمرین ها شامل آشنایی با روش پیکان عمودی، استفاده از عبارت تاکید مثبت خواهد بود. انتظار می‌رود فرد به مثبت بودن و تفکرات مثبت در مورد بیماری اش دست یابد.
<b>چهارم</b>	درجه اعتقاد به باورها	در این جلسه، مرور تکلیف جلسه قبل، سخنرانی آموزشی الف: باورها را می توان تغییر داد ب: آزمون باورها، تحلیل واقعیت، ترسیم چگونگی ارتباط باورهای منفی باهم انجام خواهد شد. تمرین ها شامل تحلیل واقعیت، ترسیم چگونگی ارتباط باورهای منفی باهم خواهد بود.
<b>پنجم</b>	نقشه شناختی	در این جلسه، مرور تکلیف جلسه قبل، سخنرانی آموزشی الف: تهیه فهرست اصلی باورها ب: نقشه شناختی، تأثیر افکار و باورهای مثبت انجام خواهد شد. تمرین ها شامل تهیه فهرست اصلی باورها ب: نقشه شناختی، تأثیر افکار و باورهای مثبت خواهد بود.

<p>در این جلسه به مرور تکلیف جلسه قبل، سخنرانی آموزشی الف: پذیرش و قبول اینکه باورها و افکار منفی قابل تغییر هستند و این امکان وجود دارد که افراد درمورد باورها تجدید نظر کنند، آزمون باورها، تحلیل واقعیت پرداخته می‌شود. تمرین‌ها شامل پذیرش و قبول اینکه باورها و افکار منفی قابل تغییر هستند و این امکان وجود دارد که افراد درمورد باورها تجدید نظر کنند، آزمون باورها، تحلیل واقعیت خواهد بود.</p>	<p>تجدید نظر و تغییر باورها</p>	<p>ششم</p>
<p>در این جلسه، مرور تکلیف جلسه قبل، سخنرانی آموزشی الف: تحلیل سودمندی ب: تحلیل همسانی، جایگزین افکار منفی با افکار و باورهای مثبت و درجه اعتقاد به باورهای مثبت انجام می‌شود. تمرین‌ها شامل ۱) تحلیل سودمندی ۲) تحلیل همسانی، جایگزین افکار منفی با افکار و باورهای مثبت و درجه اعتقاد به باورهای مثبت خواهد بود.</p>	<p>مثبت‌اندیشی</p>	<p>هفتم</p>
<p>در این جلسه، مرور تکلیف جلسه قبل، سخنرانی آموزشی الف: تحلیل منطقی تمامی طرحواره‌ها اعم از شرطی و قطعی انجام خواهد شد. تمرین‌ها شامل تحلیل منطقی تمامی طرحواره‌ها اعم از شرطی و قطعی خواهد بود.</p>	<p>تحلیل منطقی</p>	<p>هشتم</p>
<p>مرور تکلیف جلسه قبل، سخنرانی آموزشی الف: تهیه سلسله مراتب ب: باور مخالف</p>	<p>سلسله مراتب باور مخالف</p>	<p>نهم</p>
<p>مرور تکلیف جلسه قبل، سخنرانی آموزشی الف: تغییر ادراکی ب: بازداری قشری اختیاری</p>	<p>بازداری قشری اختیاری</p>	<p>دهم</p>
<p>مرور تکلیف جلسه قبل، سخنرانی آموزشی الف: تنبیه خود- خود پاداش دهی ب: روش نگهدارنده</p>	<p>تنبیه و پاداش</p>	<p>یازدهم</p>
<p>مرور تکلیف، مرور برنامه‌ای برای پیگیری و ارزیابی پس از درمان، برنامه اختتامیه</p>	<p>جمع‌بندی نهایی</p>	<p>دوازدهم</p>

**شیوه اجرا.** پس از مشخص شدن ۸۳ نفر جامعه پژوهش با استفاده از خط برش پرسشنامه‌ها و ملاک‌های ورود به پژوهش، ۶۲ نفر انتخاب شده و سپس از بین این افراد، ۴۵ نفر اعضای نمونه با استفاده از روش تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم شده و همچنین بعد از هماهنگی با مسئولین، طبق برنامه ریزی قبلی، پژوهشگر پس از برقراری ارتباط با آزمودنی‌ها توضیحاتی در خصوص طرح پژوهش داده و به آن‌ها اطمینان داده شد که نتایج محرمانه باقی می‌ماند. قبل از انجام مداخلات درمان سه مقیاس چندوجهی کانون کنترل سلامت، مقیاس باورهای غیرمنطقی سلامت و پرسشنامه پیروی از درمان (با هر سه گروه آزمودنی‌ها داده شد و سپس مداخله درمان شناختی-رفتاری (گروه ۱) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (گروه ۲) به صورت هفتگی و مداخله انفرادی در مرکز کلینیک طبیب ساری با پیگیری سه ماهه بر روی گروه‌های آزمایش صورت پذیرفت، در حالی که گروه گواه چنین مداخله‌ای دریافت نکرد و بعد از انجام مداخلات درمانی پرسشنامه‌ها مجدداً اجرا شد. تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده، به دو روش توصیفی و استنباطی از طریق نرم افزار SPSS. ۲۲

انجام شد. آزمون انجام شده در این تحقیق شامل آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر به منظور بررسی ارتباط بین متغیرها بود

### یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن گروه درمان شناختی رفتاری ۳۸/۷۸ (۳/۵۴) سال، گروه درمان پذیرش و تعهد برابر با ۳۹/۴۴ (۳/۸۸) سال و گروه گواه برابر با ۳۸/۴۸ (۳/۴۰) سال بود. میزان تحصیلات گروه درمان شناختی رفتاری ۶ نفر (۴۰ درصد) دارای تحصیلات دیپلم، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) کارشناسی و ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) کارشناسی ارشد و بالاتر، گروه درمان پذیرش و تعهد ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) دیپلم، ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) کارشناسی و ۳ نفر (۲۰ درصد) کارشناسی ارشد و بالاتر و گروه گواه نیز ۶ نفر (۴۰ درصد) دیپلم، ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) کارشناسی و ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) کارشناسی ارشد و بالاتر بود.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

شاخص‌های توصیفی		مرحله سنجش	گروه‌ها	متغیرهای وابسته
انحراف معیار	میانگین			
۹/۶۲	۴۹/۳۳	پیش‌آزمون	شناختی-رفتاری	باورهای غیرمنطقی سلامت
۸/۹۰	۴۲/۶۷	پس‌آزمون		
۸/۵۴	۴۲/۴۴	پیگیری		
۹/۸۳	۴۸/۱۳	پیش‌آزمون	پذیرش و تعهد	
۷/۸۸	۳۷/۲۷	پس‌آزمون		
۷/۴۱	۳۶/۹۰	پیگیری		
۸/۹۹	۴۸/۸۷	پیش‌آزمون	گواه	
۸/۹۱	۴۸/۱۳	پس‌آزمون		
۸/۵۵	۴۷/۷۸	پیگیری		
۴/۸۰	۱۶/۵۶	پیش‌آزمون	شناختی-رفتاری	کنترل درونی
۵/۱۱	۲۰/۳۳	پس‌آزمون		
۵/۰۲	۲۰/۰۰	پیگیری		
۴/۸۲	۱۶/۶۷	پیش‌آزمون	پذیرش و تعهد	
۶/۹۴	۲۳/۸۰	پس‌آزمون		
۶/۷۸	۲۳/۳۸			
۴/۶۴	۱۷/۰۱	پیش‌آزمون	گواه	
۴/۷۲	۱۷/۴۲	پس‌آزمون		
۴/۷۸	۱۷/۵۹	پیگیری		
۷/۷۴	۳۸/۵۳	پیش‌آزمون	شناختی-رفتاری	کنترل بیرونی
۵/۶۵	۳۲/۶۶	پس‌آزمون		
۵/۴۰	۳۲/۳۲	پیگیری		
۷/۸۰	۳۹/۰۷	پیش‌آزمون	پذیرش و تعهد	
۶/۲۶	۲۹/۸۰	پس‌آزمون		

۶/۱۱	۲۹/۵۰	پیگیری		
۷/۶۹	۳۸/۸۷	پیش‌آزمون	گواه	
۷/۳۲	۳۷/۲۰	پس‌آزمون		
۷/۳۸	۳۷/۴۱	پیگیری		
۶/۸۰	۳۴/۰۷	پیش‌آزمون	شناختی-رفتاری	پیروی از درمان
۸/۸۴	۴۰/۰۰	پس‌آزمون		
۸/۸۸	۴۰/۲۰	پیگیری		
۶/۵۲	۳۳/۴۷	پیش‌آزمون	پذیرش و تعهد	
۹/۵۱	۴۴/۴۰	پس‌آزمون		
۹/۴۳	۴۴/۱۶	پیگیری		
۷/۷۰	۳۳/۷۳	پیش‌آزمون	گواه	
۷/۸۸	۳۴/۹۳	پس‌آزمون		
۷/۹۴	۳۵/۱۰	پیگیری		

جدول ۳ شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش (درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد به شیوه گروهی) و گروه کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد

جدول ۴. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگراف-اسمیرنف			آزمون لوین			موخلی	
		درجه آزادی	آماره	سطح معناداری	درجه آزادی	آماره	سطح معناداری	آماره	موخلی سطح معناداری
باورهای غیرمنطقی سلامت	شناختی رفتاری	۱۵	۰/۲۱	۰/۰۶	۴۲	۰/۴۸	۰/۶۲	۴/۶۶	۰/۸۳
	پذیرش و تعهد	۱۵	۰/۲۱	۰/۰۶					
	گواه	۱۵	۰/۱۸	۰/۰۵					
کنترل درونی	شناختی رفتاری	۱۵	۰/۱۷	۰/۲۰	۴۲	۰/۵۱	۰/۶۰	۲/۸۶	۰/۹۳
	پذیرش و تعهد	۱۵	۰/۱۵	۰/۲۰					
	گواه	۱۵	۰/۱۴	۰/۲۰					
کنترل بیرونی	شناختی رفتاری	۱۵	۰/۲۰	۰/۱۱	۴۲	۰/۴۸	۰/۹۵	۴/۳۷	۰/۸۹
	پذیرش و تعهد	۱۵	۰/۲۹	۰/۲۰					
	گواه	۱۵	۰/۱۷	۰/۰۷					

پیروی از شناختی درمان رفتاری	۱۵	۰/۲۴	۰/۰۹	۴۲	۱/۵۵	۰/۲۴	۵/۷۸	۰/۹۰	۰/۲۰
پذیرش و تعهد	۱۵	۰/۱۹	۰/۰۶						
گواه	۱۵	۰/۲۰	۰/۰۸						

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد آزمون کولموگراف-اسمیرنف حاکی از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها و نتیجه آزمون لوین نیز نشان‌دهنده برقراری شرط همسانی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش (باورهای غیرمنطقی سلامت، کنترل درونی و بیرونی و پیروی از درمان) است. همچنین آماره W موخلی برای متغیرهای پژوهش در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نیست؛ از این رو یافته‌ها نشان می‌دهد که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته معنی‌داری نبوده و مفروضه کرویت برقرار است؛ بنابراین در ادامه برای تفسیر نتایج آزمون اثرهای درون آزمودنی‌ها از این آماره استفاده شد.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر در سه گروه در سه مرحله

متغیر	گروه‌ها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
باورهای غیرمنطقی سلامت	شناختی	مراحل مداخله	۲۷۵/۵۷	۲	۱۳۷/۷۸	۲/۰۲	۰/۱۴	۰/۰۷
	رفتاری	مراحل × گروه	۲۳۹/۴۸	۲	۱۱۹/۷۴	۱/۷۵	۰/۱۷	۰/۰۶
	بین گروهی	بین گروهی	۴۹۳/۰۹	۱	۴۹۳/۰۹	۵/۷۳	۰/۰۲۴	۰/۱۸
کنترل درونی	پذیرش و تعهد	مراحل مداخله	۴۴۶/۹۲	۲	۲۲۳/۴۶	۳/۱۳	۰/۰۵۲	۰/۱۰
	رفتاری	مراحل × گروه	۴۱۰/۸۳	۲	۲۰۵/۴۱	۲/۸۸	۰/۰۶۵	۰/۱۰
	بین گروهی	بین گروهی	۴۰۲/۹۱	۱	۴۰۲/۹۱	۵/۲۵	۰/۰۳۰	۰/۱۶
کنترل بیرونی	شناختی	مراحل مداخله	۵۵۸/۲۸	۲	۲۷۹/۱۴	۳/۲۵	۰/۰۴	۰/۱۰
	رفتاری	مراحل × گروه	۱۶۱/۴۸	۲	۸۰/۷۴	۰/۹۴	۰/۳۹	۰/۰۳
	بین گروهی	بین گروهی	۸۱۶/۰۱	۱	۸۱۶/۰۱	۶/۱۶	۰/۰۱۹	۰/۱۸
پیروی از درمان	پذیرش و تعهد	مراحل مداخله	۳۸۲۶/۴۲	۲	۱۹۱۳/۲۱	۱۷/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۳۸
	رفتاری	مراحل × گروه	۴۴۳۰/۴۲	۲	۲۲۱۵/۲۱	۲۰/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۴۲
	بین گروهی	بین گروهی	۱۲۲۴/۷۱	۱	۱۲۲۴/۷۱	۷/۹۶	۰/۰۰۹	۰/۲۲
پیروی از درمان	شناختی	مراحل مداخله	۲۴۹۸/۴۸	۲	۱۲۴۷/۲۴	۱۹/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۴۰
	رفتاری	مراحل × گروه	۲۲۰۴/۰۸	۲	۱۱۰۲/۰۴	۱۶/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۳۷
	بین گروهی	بین گروهی	۳۵۰۹/۳۷	۱	۳۵۰۹/۳۷	۹/۲۴	۰/۰۰۵	۰/۲۴
پیروی از درمان	پذیرش و تعهد	مراحل مداخله	۱۷۱۸/۰۲	۲	۸۵۹/۰۱	۱۳/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۳۲
	رفتاری	مراحل × گروه	۱۴۸۰/۸۲	۲	۷۴۰/۴۱	۱۱/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۲۹
	بین گروهی	بین گروهی	۲۷۰۰/۵۴	۱	۲۷۰۰/۵۴	۸/۵۶	۰/۰۰۷	۰/۲۳
پیروی از درمان	شناختی	مراحل مداخله	۱۱۶/۸۱	۲	۵۸/۴۰	۴۴/۵	۰/۰۰۱	۰/۱۶
	رفتاری	مراحل × گروه	۸۹/۶۰	۲	۴۴/۸	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۴۳
	بین گروهی	بین گروهی	۱۴۵/۳۴	۱	۱۴۵/۳۴	۱۵/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۴۵

۰/۳	۰/۰۰۱	۱۲/۹	۳۹/۲۴	۲	۷۸/۴۸	مراحل مداخله	پذیرش
۰/۳۱	۰/۰۰۱	۱۳/۸	۴۱/۸۵	۲	۸۳/۷۰	مراحل × گروه	و تعهد
۰/۴۲	۰/۰۰۱	۱۵/۱۶	۵۵۱/۰۰	۱	۵۵۱/۰۰		بین گروهی

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که مداخله شناختی رفتاری بر نمره باورهای غیرمنطقی سلامت ( $F=۵/۷۳$ )،  $P=۰/۰۲۴$  با اندازه اثر  $۰/۱۸$ ، کنترل درونی ( $F=۶/۱۶$ ،  $P=۰/۰۱۹$ ) با اندازه اثر  $۰/۱۸$ ، کنترل بیرونی ( $F=۹/۲۴$ ،  $P=۰/۰۰۵$ ) با اندازه اثر  $۰/۲۴$  و پیروی از درمان ( $F=۱۵/۷۸$ ،  $P=۰/۰۰۱$ ) با اندازه اثر  $۰/۴۵$  و مداخله درمان پذیرش و تعهد بر نمره باورهای غیرمنطقی سلامت ( $F=۵/۲۵$ ،  $P=۰/۰۳۰$ ) با اندازه اثر  $۰/۱۶$ ، کنترل درونی ( $F=۷/۹۶$ ،  $P=۰/۰۰۹$ ) با اندازه اثر  $۰/۲۲$ ، کنترل بیرونی ( $F=۸/۵۶$ ،  $P=۰/۰۰۷$ ) با اندازه اثر  $۰/۲۳$  و پیروی از درمان ( $F=۱۵/۱۶$ ،  $P=۰/۰۰۱$ ) با اندازه اثر  $۰/۴۲$  مؤثر بوده است.

جدول ۶ مقایسه‌ی زوجی با استفاده از آزمون بن فرونی به منظور تعیین تأثیر روش موثرتر بر باورهای غیرمنطقی سلامت، کنترل درونی و بیرونی و پیروی از درمان

متغیرها	گروه مبنا با گروه مقایسه	تفاوت میانگین	معناداری
باورهای غیرمنطقی سلامت	تفاوت درمان شناختی-رفتاری با درمان پذیرش و تعهد	۵/۷۶۰	۰/۰۰۱
	تفاوت درمان شناختی-رفتاری با گروه گواه	۱۰/۴۶۰	۰/۰۰۱
	تفاوت درمان پذیرش و تعهد با گروه گواه	۴/۷۰۰	۰/۰۰۱
کنترل درونی	تفاوت درمان شناختی-رفتاری با درمان پذیرش و تعهد	۷/۶۲۰	۰/۰۰۱
	تفاوت درمان شناختی-رفتاری با گروه گواه	۵/۹۶۰	۰/۰۰۱
	تفاوت درمان پذیرش و تعهد با گروه گواه	۳/۴۷۰	۰/۰۰۵
کنترل بیرونی	تفاوت درمان شناختی-رفتاری با درمان پذیرش و تعهد	۳/۳۱۰	۰/۰۰۷
	تفاوت درمان شناختی-رفتاری با گروه گواه	۱۲/۹۱۰	۰/۰۰۱
	تفاوت درمان پذیرش و تعهد با گروه گواه	۹/۶۰۰	۰/۰۰۱
پیروی از درمان	تفاوت درمان شناختی-رفتاری با درمان پذیرش و تعهد	۴/۰۵۹	۰/۰۰۱
	تفاوت درمان شناختی-رفتاری با گروه گواه	۹/۸۴۴	۰/۰۰۱
	تفاوت درمان پذیرش و تعهد با گروه گواه	۵/۶۲۰	۰/۰۰۱

با توجه به جدول فوق نتایج اثربخشی دو روش درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد را در بهبود باورهای غیرمنطقی سلامت، کنترل درونی و بیرونی و پیروی از درمان مورد تأیید قرار داد. به این صورت که هر دو روش درمانی می‌توانند باورهای غیرمنطقی سلامت، کنترل درونی و بیرونی و پیروی از درمان را بهبود بخشند، اما درمان پذیرش و تعهد دارای تأثیر بیشتری بر متغیرهای پژوهش بود. لذا فرض پژوهش مبنی بر اینکه بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر باورهای غیرمنطقی سلامت، کنترل درونی و بیرونی و پیروی از درمان تفاوت وجود دارد تأیید شد.

## بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های به دست آمده ملاحظه می‌شود که هر دو روش درمانی می‌توانند باورهای غیرمنطقی سلامت، کنترل درونی و بیرونی و پیروی از درمان را بهبود بخشند، اما درمان پذیرش و تعهد دارای تأثیر بیشتری بر مکان کنترل سلامت، باورهای غیرمنطقی سلامت و پیروی از درمان بود. لذا فرض پژوهش مبنی بر اینکه بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر باورهای غیرمنطقی سلامت، کنترل درونی و بیرونی و پیروی از درمان تفاوت وجود دارد تایید شد. نتایج این پژوهش با پژوهش حاجت پور، هارون رشیدی (۱۴۰۰)؛ برقی ایرانی، دهخدایی، علی پور (۱۳۹۸)؛ فصیحی، اسدی، حسن زاده، درخشانیپور (۱۳۹۷)؛ رحمانیان، دهستانی، علوی باروق (۱۳۹۷)؛ گلستانی، محمدیان و فخری (۱۳۹۶)؛ مروین، موسکوویچ، بابیاک، فینگلوس، هانی کات و همکاران (۲۰۲۱)؛ کیوسکی، اسکات، وینکلی، گادفری و مک کراکن (۲۰۲۰) همسو بود. این تفاوت را چنین می‌توان تبیین کرد که مراجعانی که تشخیص اختلال های روان شناختی دریافت می‌کنند، همواره این انتظار را دارند که درمانگر، کاری برای حذف یا حداقل کاهش نشانه‌هایشان انجام دهد، این هدف در درمان شناختی-رفتاری منعکس می‌شود که بر چالش با شناخت واره‌ها با کنترل و کاهش برانگیختگی فیزیولوژیک تمرکز دارد (پنولسین و همکاران، ۲۰۱۴)؛ اما (پذیرش) در دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کمی متفاوت است به این صورت که هدف پذیرش آن است که باعث شود فرد هر آن چه تجارب درونی یعنی افکار، احساسات، خاطرات و حس های بدنی ارائه می‌دهند را بدون نیاز به دفاع در برابر آن‌ها بپذیرد. در حقیقت مداخلات مبتنی بر پذیرش می‌خواهند مراجع تمرکزش را از تغییر و کاهش نشانه‌ها به داشتن یک زندگی ارزشمند تغییر دهد. برخلاف موج اول رفتار درمانی که متمرکز بر رفتار بود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری هر دو، روش های آشکاری را برای برخورد با افکار یا شناخت واره‌های مسئله ساز مطرح می‌کنند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پذیرش ابزار اصلی برای مقابله با این افکار است. در حالی که در درمان شناختی-رفتاری بازسازی شناختی مطرح می‌شود، هدف بازسازی شناختی برخورد مستقیم با ارزیابی های سطح اول، به منظور اصلاح نظام های باور عمیق تر و نیمه هشیار است و فرض بر این است که این باورها نقش مهمی در سبب شناسی و تداوم آسیب-پذیری هیجانی ایفا می‌کند (اسکات و مک کراکن، ۲۰۱۵)؛ اما از منظر (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)، بازسازی شناختی در درمان شناختی-رفتاری بر محتوای شناخت تمرکز بسیار زیادی دارد و بدین وسیله چرخه بازخورد را زنده نگه می‌دارد (هاکر، استونی و مک بیث، ۲۰۱۶). هیز و همکاران (۱۹۹۹) به منظور حمایت از رویکرد پذیرش محور، از پژوهش های مربوط به بازداری فکر استفاده کردند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به عنوان رویکردی که از بسیاری جهات با مواجهه درمانی همخوانی دارد، بسیار نوید بخش بوده و مستقیماً مسائل همایند با مواجهه یعنی (ترس) و (اجتناب) و نگرانی های مربوط به کیفیت زندگی را هدف قرار می‌دهد. شواهد قانع کننده ای برای نقش اجتناب تجربه ای و آمیختگی شناختی در گسترش و حفظ این اختلال ها (اضطرابی) وجود دارد و فرایندهای روان-شناختی مورد هدف در مداخلات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (کاهش کنترل هیجانی، اجتناب کاهش آمیختگی، ساختن خود به-عنوان فرآیند، تماس با خود به عنوان فرایند، تماس با خود به عنوان زمینه، تعریف مسیرهای ارزشمند زندگی و ساخت الگوهایی از اعمال متعهدانه) به نظر می‌رسد راه خود را به بسیاری از پروتکل های جدید درمان اختلال های اضطرابی پیدا کرده است. در رویکرد مبتنی بر تعهد و پذیرش، انعطاف ناپذیری



روان‌شناختی و اجتناب از پذیرش احساسات و افکار آزردهنده منجر به تقویت این احساسات و افکار و آزادندگی بیشتر آن‌ها می‌شود. در این رویکرد به بیماران کمک می‌شود تا به جای زندگی در گذشته و آینده، تمرکز خود را متوجه زمان حال سازد و بتواند ارزش‌های خود را شناسایی کند و حتی با وجود افکار و احساسات آزاردهنده، مطابق ارزش‌ها و اهداف خود عمل کند (استیورت و همکاران، ۲۰۱۶). در واقع فرد یاد می‌گیرد به جای تلاش برای کنترل رویدادهای درونی آن‌ها را بپذیرد و در جهت رسیدن به اهداف و ارزش‌های خود گام بردارد بدین ترتیب عملکرد کلی فرد در سطح فردی و خانوادگی بهبود می‌یابد. به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ترغیب بیماران به تمرین مکرر توجه متمرکز روی محرک‌های خنثی و آگاهی هدف‌مندانه روی جسم و ذهن، افراد اضطرابی را از اشتغال ذهنی با افکار تهدیددی و نگرانی در مورد عملکرد رها کنند و ذهن آن‌ها را از دنده اتوماتیک خارج کنند؛ یعنی این فنون با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه‌ی حاضر و برگرداندن توجه به سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات موجب کاهش نگرانی و تنش فیزیولوژیک در فرد می‌گردد.

با توجه به یافته‌های به دست آمده ملاحظه می‌شود که هر دو روش درمانی می‌توانند کنترل درونی و بیرونی را بهبود بخشند، اما درمان پذیرش و تعهد دارای تأثیر بیشتری بر متغیرهای پژوهش بود. لذا فرض پژوهش مبنی بر اینکه بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر کنترل درونی و بیرونی تفاوت وجود دارد تایید شد. نتایج این پژوهش با پژوهش برقی ایرانی، دهخدايي، علی پور (۱۳۹۸)؛ فخرایی، رضاعی، سهرابی، امانی (۱۳۹۰)؛ مروین، موسکویچ، بابیاک، فینگلوس، هانی کات و همکاران (۲۰۲۱)؛ کیوسکی، اسکات، وینکلی، گادفری و مک کراکن (۲۰۲۰)؛ ریان، پاکنهام و برتون (۲۰۲۰) همسو بود. در تبیین این یافته که درمان پذیرش و تعهد تأثیر بیشتری نسبت به روش شناختی رفتاری داشته است می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک درمان رفتاری است که از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف پذیری روان شناختی استفاده می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و بر اساس آنچه در آن لحظه برای آن‌ها امکان پذیر است، می‌باشد (داودی و همکاران، ۲۰۲۰). در اینجا با جایگزین کردن خود، به‌عنوان زمینه، مراجعان 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 در این نوع درمان به افراد آموزش داده شد که چگونه فرایندهای مرکزی بازداری فکر را رها کرده، از افکار آزردهنده رهایی یابند؛ به جای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده گر 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 احساسات خود را بپذیرند تا اینکه از آن‌ها فاصله بگیرند و به افکار و فرآیند تفکرشان به وسیله ذهن آگاهی بیشتر پرداخته و آن‌ها را در جهت فعالیت‌های هدف محور پیوند دهند (طاهری و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین می‌توان اذعان داشت که در درمان فوق، هدف از تاکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این بود که به آن‌ها کمک شود تا افکار آزردهنده‌شان را فقط به‌عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی-شان آگاه شده و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند. این درمان، همچنین با تمرکز بر روی استعاره‌های مختلف و تمرکز بر رنج و رهاسازی ذهن و

پرهیز از اجتناب تجربه ای با استفاده از استعاره و آموزش های ارائه شده در جلسه درمان میزان کنترل درونی و بیرونی این بیماران را بهبود داده است. از جمله دلایل اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسب به درمان شناختی- رفتاری بر کنترل درونی و بیرونی را می توان اینگونه بیان کرد که تفاوتی که بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری نگاه است که به باورها دارند. در درمان شناختی- رفتاری، باورها افکار بادوامی هستند که همواره وجود دارند و باعث سوء تفسیر فکر مزاحم و در نتیجه کاهش کنترل درونی و بیرونی می شوند (فینگ و همکاران، ۲۰۲۰). در واقع در درمان شناختی- رفتاری فرض بر این است که به منظور بهبود کنترل درونی و بیرونی به چالش کشیده شده و بازسازی شوند و سپس به دنبال این بازسازی (یعنی تغییر باورها) فراوانی افکار منفی کمتر شده و در نتیجه پرباشی روانشناختی افراد بهبود می یابد؛ اما برخلاف درمان شناختی- رفتاری در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، باورها حاصل فرایند آمیختگی شناختی اند (رابابا و همکاران، ۲۰۲۱). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اعتقاد بر این است که افکار فرآورده یک ذهن طبیعی اند. آنچه افکار را تبدیل به باور می کند، آغشته شدن فرد به محتوای افکار است. وقتی فردی طبق محتوای یک فکر عمل می کند یعنی با محتوای آن آمیخته شده است و حاصل این آمیختگی افکار منفی است که باعث کاهش کنترل درونی و بیرونی افراد می شود. تکنیک های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش آمیختگی شناختی تاکید زیادی دارند. وقتی آمیختگی شناختی کاهش یابد، یعنی گسلس شناختی رخ داده و فرد از محتوای افکار گسلیده شده است و این یعنی فرد توانسته یک فکر را فقط یک فکر ببیند (پذیرش) نه آنچه آن فکر می گوید و در نتیجه طبق آن فکر عمل نمی کند (گسلس). در حقیقت آنچه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال آن است، نگاه کردن به افکار به جای نگاه کردن از افکار است (ایتو و مئو، ۲۰۲۰). پس اگر در درمان شناختی- رفتاری باورها علت پایین رفتن کنترل درونی و بیرونی، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باورها حاصل پایین رفتن کنترل درونی و بیرونی اند. به همین دلیل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر بیشتری نسبت به درمان شناختی- رفتاری بر کنترل درونی و بیرونی داشته است.

با توجه به یافته های به دست آمده ملاحظه می شود که دو روش درمانی می توانند باورهای غیرمنطقی سلامت، کنترل درونی و بیرونی و پیروی از درمان را بهبود بخشند، اما درمان پذیرش و تعهد دارای تأثیر بیشتری بر باورهای غیرمنطقی سلامت بود. لذا فرض پژوهش مبنی بر اینکه بین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر باورهای غیرمنطقی سلامت تفاوت وجود دارد تایید شد. نتایج این پژوهش با پژوهش حاجت پور، هارون رشیدی (۱۴۰۰)؛ فصیحی، اسدی، حسن زاده، درخشانیپور (۱۳۹۷)؛ رحمانیان، دهستانی، علوی باروق (۱۳۹۷)؛ آزادی، خسروی، آزادی (۱۳۹۷)؛ گلستانی، محمدیان و فخری (۱۳۹۶)؛ کیوسکی، اسکات، وینکلی، گادفری و مک کراکن (۲۰۲۰)؛ ریان، پاکنهام و برتون (۲۰۲۰) همسو بود. در تبیین این یافته می توان گفت که روش درمانی پذیرش و تعهد با ایجاد آگاهی جهان شمول و آگاهی آگاهانه نسبت به اینجا و اکنون، گشودگی، علاقه و پذیرش نسبت به جریان زندگی را در فرد شکل دهد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آگاهی فراگیر شامل زندگی در اینجا و در حال حاضر، مشغول فعالیت بودن و اجتناب از افکار منحرف شده نسبت به مشکلات موجود می باشد. به عبارتی در آگاهی فراگیر، فرد اجازه می دهد تا افکار و احساسات خود بدون کنترل خاصی به خودآگاه منتقل شود تا فرد بتواند با پذیرش آن، تهدیدها را به فرصت تبدیل کرده و دردناک ترین اتفاقات را قابل تحمل تر ببیند و در جستجوی حل مسأله باشد. این

اتفاق می‌تواند ضمن کاهش اضطراب فرد در شرایط دشوار و شکل دهی یک رویکرد مسأله محور، به جای هیجان-محور، سازگاری شغلی و اجتماعی فرد را حفظ کند (جولزاده اسمعیلی و همکاران، ۲۰۲۰). هر چه افراد کنترل و تسلط شان بر محیط زندگی و به خصوص شرایط استرس آفرین زندگی بیشتر باشد، احساس رضایت درونی، خودکارآمدی و خودباوری آنها بیشتر و از بهزیستی روانی مطلوب تری برخوردار می‌شوند و همین باعث بهبود باورهای غیرمنطقی سلامت در آنان می‌گردد و برعکس زنانی که از موقعیت های استرس آفرین زندگی رنج می‌برند، از آنجا که فاقد مهارت های شناختی و رفتاری در کنترل رویدادهای فشارزای محیطی می‌باشند، معمولاً به دیده تردید به توانایی خود می‌نگرند و همواره نگران ارزیابی های منفی دیگران در مورد خود و رفتارهای خویش می‌باشند. اجزای اصلی هر دو رویکرد درمانی شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به تمرکز بر افکار منفی تاکید دارند. در حقیقت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری هر دو روش های آشکار اما متفاوتی را برای برخورد با افکار یا شناختارهای مسأله ساز مطرح می‌کنند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پذیرش (و نیز گسلش) ابزار اصلی برای مقابله با این افکار است در حالی که در درمان شناختی-رفتاری بازسازی شناختی مطرح می‌شود. هدف بازسازی شناختی برخورد مستقیم با ارزیابی ها، به منظور اصلاح سیستم های باور عمیق تر و نیمه هشیار است و فرض بر این است که این باورها نقش مهمی در سبب شناسی و تداوم آسیب پذیری هیجانی ایفا می‌کنند؛ اما از منظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بازسازی شناختی بر محتوای شناخت تمرکز بسیار زیادی دارد و بدن وسیله چرخه نشخوار افکار غیرمنطقی را زنده نگه می‌دارد (کاوایانی و همکاران، ۱۳۹۳). هیز و همکاران (۱۹۹۹) به منظور حمایت از رویکرد پذیرش محور، از پژوهش های مربوط به بازداری فکر مثل پژوهش وگنر (۱۹۹۴) استفاده کردند که نشان داد بازداری هشیار و ناهشیار فکر، ضد مولد بوده و بازگشت بسیاری از افکاری که فرد می‌خواهد از آنها اجتناب کند را تسهیل می‌کند. هدف فرایند پذیرش در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش نیاز به بازداری فکر است. ولی درمان شناختی-رفتاری با تاکید بر اصلاح محتوای فکر و برچسب زدن برخی از افکار نادرست و ناکارآمد، میل به بازداری آنها را زیاد می‌کند (فینگ و همکاران، ۲۰۲۰). از سوی دیگر، چالش با فکر در رفتاردرمانی دیالکتیک به حس کاهش یافته ای از کنترل منجر می‌شود، زیرا افکار بازداری شده مرتباً قابل دسترس تر می‌شوند.

با توجه به یافته های به دست آمده ملاحظه می‌شود که هر دو روش درمانی می‌توانند پیروی از درمان را بهبود بخشند، اما درمان پذیرش و تعهد دارای تأثیر بیشتری بر پیروی از درمان بود. لذا فرض پژوهش مبنی بر اینکه بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر پیروی از درمان تفاوت وجود دارد تایید شد. نتایج این پژوهش با پژوهش برقی ایرانی، دهخدایی، علی پور (۱۳۹۸)؛ فخرایی، رضاعی، سهرابی، امانی (۱۳۹۰)؛ مروین، موسکویچ، بابیاک، فینگلوس، هانی کات و همکاران (۲۰۲۱)؛ ریان، پاکنهام و برتون (۲۰۲۰)؛ مکلوود، سوزام، جنسن، هوگو، کندال و همکاران (۲۰۱۹) همسو بود. در تبیین این یافته نیز می‌توان گفت در حقیقت هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آن است که به منظور کاهش تأثیر و اهمیت رویدادهای درونی دشوار، زمینه‌ای که این رویدادها در آن رخ می‌دهد را تغییر دهد. مداخلات مربوط به گسلش شناختی شامل تمریناتی می‌شود که معنای لفظی رویدادهای درونی را می‌شکند. هدف این تمرینات آن است که به مراجعان بیاموزد افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات، خاطرات را فقط خاطرات

و احساسات بدنی را فقط احساسات بدنی ببیند. هیچ یک از این رویدادهای درونی وقتی تجربه می شوند، ذاتاً برای سلامتی انسان آسیب زا نیستند. آسیب زا بودن آن‌ها از این ناشی می‌شود که آن‌ها تجارب آسیب زا، ناسالم و بدی دیده شوند که آنچه ادعا می کنند، هستند و بنابراین باید کنترل و حذف شوند (جولازاده و همکاران، ۲۰۲۰). درمانگر از طریق فرایند گسلس شناختی به مراجع می آموزد که رویدادهای درونی را همانطور که واقعا هستند ببیند نه آن طور که خود آن رویداد می گویند. این در نهایت باعث می‌شود فرایند پذیرش بهتر رخ دهد، چون گسلس از افکار، ارزشیابی‌ها و احساسات، باعث می‌شود کارکرد این رویدادهای درونی به‌عنوان موانع روان شناختی کاهش یابد (کو-لیسمس و همکاران، ۲۰۲۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تاکید بسیاری بر شناسایی ارزش‌ها و تعهد به آن‌ها دارد و سبب می‌شود تا بیماران بار دیگر ارزش‌های خانوادگی، شغلی، اهداف، راه‌های رسیدن و موانع درونی یا بیرونی که مانع رسیدن به آن‌ها می‌شود را شناسایی و نسبت به این ارزش‌ها تعهد پیدا کنند. فرآیندهای تعهد شامل استفاده از تمرینات تجربه‌ای و استعاره‌هایی است که به آزمودنی‌ها کمک می‌کند اهدافی که به‌طور هدفمند و معنادار در زندگی شان برمی‌گزینند را به‌طور کلامی بیان کنند (یعنی ارزش‌ها) و به تغییرات رفتاری پایدار که بر اساس این ارزش‌ها هدایت می‌شود، متعهد شوند که این امر بر پیروی از درمان بیماران تاثیرگذار است. در مواقعی حتی اگر مراجعان موافق شرکت در درمان باشند و جلسات درمان را شرکت کنند، رضایت از درمان و پذیرش آن یک مساله مهم است. تشویق به شرکت کامل در درمان (از قبیل تمرینات مواجهه)، محدود کردن حواسپرتی ناخواسته بیماران و مدیریت هیجانات منفی در طول تمرینات، تکالیف درمانی خانگی که شامل تمرینات مواجهه می‌شود، همگی حوزه‌هایی هستند که درمانگر شناختی-رفتاری با آن‌ها دست و پنجه نرم می‌کند. شواهد تجربی حاکی از آنند که پذیرش و مشارکت بیشتر، منجر به پیامدهای بهتر می‌شود (کاوایانی و همکاران، ۱۳۹۳). تقریباً همه درمانگران با ترک درمان، رد کردن درمان و عدم پذیرش درمان توسط مراجع برخورد می‌کند. به نظر می‌رسد، افزایش انگیزه و مشارکت در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق هدف قرار دادن ارزش‌ها انجام می‌شود.

این تحقیق با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود از جمله با توجه به اینکه بیماران مبتلابه دیابت نوع II نمونه پژوهش از بیماران نوع II مراجعه‌کننده به درمانگاه امام حسین شهرستان ساری انتخاب شدند، در تعمیم نتایج به سایر مناطق استان و کشور بایستی با احتیاط انجام شود. ابزار مورد استفاده در این تحقیق پرسشنامه بوده است که خود یکی از محدودیت‌های تحقیق حاضر است چرا که آزمودنی‌ها ممکن است تحت اثر مطلوبیت اجتماعی به سؤال‌ها پاسخ داده باشند. طرح پژوهشی نیمه آزمایشی بوده است و مزایای طرح‌های آزمایشی حقیقی را ندارد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی در منطقه جغرافیایی وسیع‌تری انجام شود تا با اطمینان بیشتری نسبت به تعمیم نتایج پرداخته شود. با توجه به این که این پژوهش بر روی جامعه بیماران مبتلابه دیابت نوع II انجام شده است پیشنهاد می‌شود در جامعه‌های دیگر نیز انجام شود. در پژوهش‌های آتی از سایر رویکردهای درمانی نیز در مقایسه با این روش استفاده گردد تا امکان مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با سایر رویکردها فراهم گردد. در پژوهش‌های آتی طبقه و پایگاه اجتماعی نمونه‌ها بعنوان متغیر متداخل در اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد زمینه مورد توجه قرار گیرد. با توجه به محدودیت‌های روش‌های تحقیق بین‌گروهی (تحقیقات آزمایشی) پیشنهاد می‌شود محققان در آینده جهت بررسی اثربخشی

برنامه‌های درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طرح‌های آزمایشی از نوع تک‌آزمودنی استفاده کنند. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان به متخصصان سلامت روان و افراد فعال در حوزه سلامت و بهداشت توصیه کرد که با طراحی و کاربرد روش‌های مناسب‌الهام گرفته شده از برنامه‌های درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، بر سلامت روان بیماران مبتلابه دیابت نوع II بیافزایند. با توجه به تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر مکان کنترل سلامت، باورهای غیرمنطقی سلامت و پیروی از درمان در افراد مبتلابه دیابت II پیشنهاد می‌گردد روان‌شناسان از درمان شناختی- رفتاری بصورت گسترده‌ای بصورت گروهی بهره‌گیرند. با توجه به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مکان کنترل سلامت، باورهای غیرمنطقی سلامت و پیروی از درمان در افراد مبتلابه دیابت II پیشنهاد می‌گردد روان‌شناسان از آموزش پذیرش و تعهد بصورت گسترده‌ای به صورت گروهی بهره‌گیرند. ۵. وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره با اجرای آموزش برنامه‌های درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد زمینه را برای آشنایی هر چه بیشتر روان‌شناسان، پزشکان و پرستاران با این مفاهیم فراهم سازند.

## منابع

- اژه ای، جواد، و حاتمی، معصومه. (۱۳۹۳). پیش‌بینی تعلل ورزی بر اساس باورهای غیرمنطقی، باورهای ناامیدی، باورهای خود کارآمدی و خود تنظیمی، فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، ۸(۴): ۵-۱.
- اسمعیلی، احمد.. اسدنیاء، سعید.. عیسی زاده، افشین.. امیرسرداری، لیلی.. عیسی زادگان، علی.. و انصاری، بهجت. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش سطح افسردگی و بهبود سبک زندگی بیماران مبتلابه دیابت نوع ۲، مجله پزشکی ارومیه، ۲۴(۱۰): ۸۱۲-۸۲۲.
- برقی ایرانی، زبیا، دهخدایی، سهیلا، و علی پور، احمد. (۱۳۹۸). اثر درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پیروی از درمان، ادراک بیماری و کیفیت زندگی در بیماران هموفیلی. مجله پژوهشی خون. ۱۶ (۴): ۲۸۹-۲۹۹.
- برهانی، فریبا، عباس زاده، عباس.. تائبی، مژگان.. و کهن، سیمین. (۱۳۸۹). ارتباط کارآمدی فردی و باورهای بهداشتی در مبتلایان به دیابت نوع ۲، مجله پایش، ۹(۴): ۳۸۳-۳۷۱.
- بهروز، بهروز.. بوالی، فاطمه.. حیدری زاده، نسرین.. و فرهادی، مهران. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روانشناختی، سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲، مجله سلامت و بهداشت، ۷(۲): ۲۳۷-۲۵۳.
- پور فرج عمران، مجید. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان. فصلنامه دانش و تندرستی، دوره ۶، شماره ۲: ۵-۱.
- حاجت پور، راضیه، و هارون رشیدی، همایون. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر باورهای غیرمنطقی و نگرش به مرگ در سالمندان. *روان‌شناسی پیری*. ۷(۱): ۴۳-۵۴.
- رحمانیان، مهدیه، دهستانی، مهدی.. و علوی باروق، سیده فاطمه. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر باورهای غیرمنطقی و سوگیری توجه نسبت به محرک‌ها با بار هیجانی منفی، در دختران نوجوان. *مجله شناخت اجتماعی*. ۱۳ (۱): ۸۹-۱۰۲.

سلطانی شال، رضا، شاملی، مهتاب، و امیدوار، مهرزاد. (۱۳۹۶). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس باورهای غیرمنطقی سلامتی در دانشجویان علوم پزشکی گیلان، نشریه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی مازندران، ۲۷(۴): ۱۱۷-۱۲۷.

سیدفاطمی، نعیمه، رفیعی، فروغ، حاجی زاده، ابراهیم، و مدانلو، مهناز. (۱۳۹۷). طراحی و روان‌سنجی پرسشنامه تبعیت از درمان در بیماران مبتلابه بیماری مزمن: یک مطالعه ترکیبی. کومش. ۲۰(۲): ۱۷۹-۱۹۱.

طریقت اسفنجانی، علی، نمازی، نازل، بهرامی، امیر، و احتشامی، مهدی. (۱۳۹۰). اثر عصاره‌ی هیدر الکلی گزنه بر شاخص قند خون و مقاومت به انسولین در بیماران دیابت نوع ۲، مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران، ۱۲(۶)، ۵۶۱-۵۶۸.

فتح‌آبادی، جلیل، صادقی، سعید، جمهری، فرهاد، و طلائشان، آزاده. (۱۳۹۶). نقش سبک زندگی سلامت‌محور و مکان کنترل سلامت در پیش‌بینی ابتلا به اضافه وزن، فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، ۲۸۰-۲۸۷: (۴)۵

فخرایی، شهین، رضاعی، فرزین، سهرابی، احمد، و امانی، احمد. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر پیروی از دستورات دارویی و افسردگی در افراد مبتلابه ایدز تحت درمان متادون و داروی ضد ویروسی و درمان نگهدارنده متادون. پایان‌نامه کارشناسی ارشد.

فصیحی، رویا، اسدی، جوانشیر، حسن زاده، رمضان، و درخشان‌پور، فیروزه. (۱۳۹۷). مقایسه اثر درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باورهای غیرمنطقی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، ۲۰(۴): ۶۱-۶۸.

کاویانی، میرصلاح، عنایتی، نجمه، و حمیدی، زینب (۱۳۹۳). تأثیر درمان شناختی رفتاری بر تاب‌آوری زوجین، دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۵: ۲۶-۳۴.

گلستانی، راحله، محمدیان، ابراهیم، و فخری، محمدکاظم. (۱۳۹۶). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی و باورهای غیرمنطقی در بیماران اضطرابی، مجله ایده‌های نوین روان‌شناسی، ۱(۳): ۴۱-۵۹.

## References

- Anderson DR, Emery CF. (2014). Irrational health beliefs predict adherence to cardiac rehabilitation: A pilot study. *Health Psychology*;33(12):1614.
- Boyer, B. A., Paharia, M. I. (2008). *Comprehensive hand book of clinical health psychology*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Brunner, LSH. Suddarth, DS. (2008). *Nursing Diabetes* (translated by Morovvat Givi), 2nd Ed, Tehran, Bashari.
- Christensen AJ, Moran PJ, Wiebe JS. (1999). Assessment of irrational health beliefs: relation to health practices and medical regimen adherence. *Health psychology*;18(2):169
- Davoudi, M, Taheri, A. A, Foroughi, A. A, Ahmadi, S. M, & Heshmati, K. (2020). Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on depression and sleep quality in painful diabetic neuropathy: a randomized clinical trial. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 19(2), 1081-1088.
- De Groot M, Doyle T, Kushnick M, Shubrook J, Merrill J, Rabideau E, et al(2012)... Can lifestyle interventions do more than reduce diabetes risk? Treating depression in adults with type 2 diabetes with exercise and cognitive behavioral therapy. *Curr Diab Rep*;12(2):157-66.

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science Direct*; 191(4): 129- 31
- Esparza-Del Villar OA, MontañezAlvarado P, Gutiérrez-Vega M, Carrillo-Saucedo IC, Gurrola-Peña GM, Ruvalcaba-Romero NA, et al(2017). Factor structure and internal reliability of an exercise health belief model scale in a Mexican population. *BMC public health*;17(1):229.
- Hayes SC, Pistorello J & Levin ME. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*; 40(7):976-1002.
- Infurna FJ, Gerstorf D, Ram N, Schupp J, Wagner GG. (2011). Long-term antecedents and outcomes of perceived control. *Psychology and aging*;26(3):559
- Kioskli, K, Scott, W, Winkley, K, Godfrey, E, & McCracken, L. M. (2020). Online acceptance and commitment therapy for people with painful diabetic neuropathy in the United Kingdom: A single-arm feasibility trial. *Pain Medicine*, 21(11), 2777-2788.
- Kuwahara A, Nishino Y, Ohkubo T, Tsuji I, Hisamichi S, Hosokawa T. (2004). Reliability and validity of the multidimensional health locus of control scale in Japan: Relationship with demographic factors and health-related behavior. *Tohoku J Exp Med*. 203(1):37-45
- Marker F, Craren JL, Roding E(2012). Relationship of self – efficacy and bingeing to adherence to diabetes regimen among adolescence. *biabetes care. Eur J public health* ;45(1):90
- McLeod, B. D, Southam-Gerow, M. A, Jensen-Doss, A, Hogue, A, Kendall, P. C, & Weisz, J. R. (2019). Benchmarking treatment adherence and therapist competence in individual cognitive-behavioral treatment for youth anxiety disorders. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(sup1), S234-S246.
- Merwin, R. M, Moskovich, A. A, Babyak, M, Feinglos, M, Honeycutt, L. K, Mooney, J, ... & Sangvai, D. (2021). An open trial of app-assisted acceptance and commitment therapy (i ACT) for eating disorders in type 1 diabetes. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 1-13.
- Napp C. (2013). Irrational. Health Beliefs and Behaviors SSRN Electronic Journal [Internet].:Available from: [http:// www.ssrn.com abstract=2336865](http://www.ssrn.com abstract=2336865)
- Neymotin F, Nemzer LR. (2014). Locus of control and obesity. *Frontiers in endocrinology*;5.
- Rosenstock IM(1974). Historical origins of the health belief model. *Health education monographs*;2(4):328-35.
- Ryan, A. K, Pakenham, K. I, & Burton, N. W. (2020). A pilot evaluation of a group acceptance and commitment therapy-informed resilience training program for people with diabetes. *Australian Psychologist*, 55(3), 196-207.
- Thomas N, Shawyer F, Castle DJ, Copolov D, Hayes SC & Farhall J. (2014). A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy (ACT) for psychosis: study protocol. *BMC Psychiatry*; 14:198
- Wang C, Coups EJ. (2010). Causal beliefs about obesity and associated health behaviors: results from a population-based survey. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*;7(1):19

## A Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Cognitive Behavioral Therapy (CBT) in Improving Health Locus of Control, Irrational Health Beliefs, and Medication Adherence in Men and Women with Type II Diabetes

Raheleh. Golestani<sup>1</sup>, Javad. Khalatbari\*<sup>2</sup>, Mohammad. Nasehi<sup>3</sup> & Shohreh. Ghorban Shiroudi<sup>4</sup>

### Abstract

**Aim:** The present study aimed to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and cognitive behavioral therapy (CBT) in improving health locus of control, irrational health beliefs, and medication adherence in individuals with type II diabetes. **Methods:** The present semi-experimental research had a pretest-posttest design with follow-up and control groups. The statistical population of the research consisted of men and women with type II diabetes who visited Imam Hossein Clinic in Sari city. During a public announcement (Imam Hossein Clinic located in Sari), 45 men and women with the inclusion criteria to participate in the research were selected and randomly assigned to three groups, namely cognitive behavioral therapy (n=15), acceptance and commitment therapy (n=15), and control group (n=15). The cognitive behavioral therapy group received Frey's therapy protocol (2005) in twelve sessions, and the acceptance and commitment therapy group received the Hayes protocol (2004) in eight sessions. All three groups were evaluated in three stages, pre-test, post-test, and follow-up by the Irrational Health Belief Scale (IHBS) by Christensen et al. (1999), the Multidimensional Health Locus of Control scale (MHLCS) by Wallston and Wallston (1982), and the Medication Adherence Questionnaire by Madanlou (2013). The collected data were analyzed using the repeated-measures analysis of variance. **Results:** The cognitive behavioral therapy and group acceptance and commitment therapy were effective in improving irrational health beliefs (P=0.043 and F=3.497), external control (P=0.022 and F=4.342), internal control (P=0.023 and F=5.236), and medication adherence (P=0.001 and F=12.606) in the post-test and the effect was stable in the follow-up phase. **Conclusion:** Both treatment methods could improve irrational health beliefs, internal and external control, and medication adherence but acceptance and commitment therapy had a greater effect on the research variables.

**Keywords:** Health locus of control (HLOC), Irrational beliefs, Medication adherence, Acceptance and commitment therapy (ACT), Cognitive behavioral therapy (CBT)

1. PhD student of Department of Psychology, Tonkabon Branch, Islamic Azad University, Tonkabon, Iran

2. \*Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Tonkabon Branch, Islamic Azad University, Tonkabon, Iran  
Email: javadkhalatbari@yahoo.com

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

4. Associate Professor of Counseling Department, Tonkabon Branch, Islamic Azad University, Tonkabon, Iran