



مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتارهای خود مراقبتی (رفتارهای تغذیه‌ای، فعالیت بدنی، کنترل قند خون، مراقبت از پا و تبعیت دارویی بیماران) در زنان مبتلابه دیابت نوع دوم

دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران
دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
دانشیار گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران
استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

فرزانه آب روشن ^{id}

شاهرخ مکوندحسینی* ^{id}

نعمت ستوده اصل ^{id}

پرویز صباحی ^{id}

shmakvand@semnan.ac.ir

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۰۸

دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۰۹

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷

<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۱ | پیاپی ۱۰ | ۳۷-۵۵

بهار ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(آب روشن، مکوندحسینی، ستوده اصل و

صباحی، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

آب روشن، فرزانه، مکوندحسینی، شاهرخ، ستوده اصل، نعمت، و صباحی، پرویز. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتارهای خود مراقبتی (رفتارهای تغذیه‌ای، فعالیت بدنی، کنترل قند خون، مراقبت از پا و تبعیت دارویی بیماران) در زنان مبتلابه دیابت نوع دوم. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۳(۱) پیاپی ۳۷-۵۵: (۱۰).

چکیده

هدف: پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر رفتارهای خود مراقبتی (رفتارهای تغذیه‌ای، فعالیت بدنی، کنترل قند خون، مراقبت از پا و تبعیت دارویی بیماران) در افراد مبتلابه دیابت نوع دوم انجام شد. **روش پژوهش:** این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه و پیگیری است. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران مبتلابه دیابت نوع دوم زن دارای پرونده در کلینیک پارسیان اسلام‌شهر در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند که از بین آن‌ها، ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه گواه (۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش درمان پذیرش و تعهد هیز و همکاران (۲۰۰۴) و گروه رفتاردرمانی عقلانی هیجانی الیس (۱۹۹۹) را در هشت جلسه ۶۰ دقیقه‌ای دریافت کردند و گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه رفتارهای خود مراقبتی دیابتی (توبرت و گلاسکو، ۱۹۹۴) بود که در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورداستفاده قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از واریانس اندازه‌های مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که هر دو مداخله به‌کاررفته در این پژوهش می‌توانند به‌طور معناداری رفتارهای خود مراقبتی (رفتارهای تغذیه‌ای، فعالیت بدنی، کنترل قند خون، مراقبت از پا و تبعیت دارویی بیماران) در بیماران مبتلابه دیابت نوع دوم را بهبود بخشیدند ($p < 0/05$)، با این تفاوت که مداخله مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد دارای تأثیر بیشتری بر رفتارهای خود مراقبتی در بیماران مبتلابه دیابت نوع دوم داشت. به‌علاوه در مرحله پس‌آزمون-پیگیری تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد ($p < 0/05$) که بیانگر پایداری تغییرات مداخله است. **نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج این پژوهش، درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی، مداخلات مؤثری در افزایش رفتارهای خود مراقبتی در بیماران مبتلابه دیابت داشتند.

کلیدواژه‌ها: خود مراقبتی، پذیرش و تعهد، رفتاردرمانی، عقلانی هیجانی، دیابت

مقدمه

دیابت یکی از چالش‌های بهداشتی دهه‌های اخیر است که بار اقتصادی فراوانی را به جامعه تحمیل می‌نماید. صاحب‌نظران عقیده دارند که شیوع اخیر دیابت نوع ۲ در جامعه ارتباط مشخصی با تغییر در ویژگی‌های ژنتیک و قومیتی افراد جامعه ندارد، بلکه تغییر در سبک زندگی افراد و مدرن شدن جامعه، بیشترین تأثیر را در افزایش بروز دیابت داشته است (بایری، راثو، الدا، مانتنا و تاتاوراتی، ۲۰۲۰). یکی از شایع‌ترین بیماری‌های متابولیک می‌باشد به طوری که بیشتر از ۲۲۰ میلیون نفر در سراسر جهان در سال ۲۰۱۰ مبتلابه آن بوده‌اند، شیوع دیابت در جهان حدود ۶/۴ درصد می‌باشد که بین ۳/۸ تا ۱۰/۲ درصد بسته به منطقه جغرافیایی متغیر می‌باشد. تعداد افراد مبتلابه دیابت تشخیص داده نشده هم در بعضی از مناطق جغرافیایی بیش از ۵۰ درصد می‌باشد. انتظار می‌رود تا سال ۲۰۳۰ تعداد افراد مبتلابه دیابت به ۳۶۶ میلیون نفر برسد (گائو و همکاران، ۲۰۲۰). بیش از ۹۰ درصد انواع دیابت را نوع دو شامل می‌شود. هدف نهایی درمان بیماری دیابت، کنترل قند خون در سطح طبیعی بدون افت قند خون می‌باشد (لیندهوم اولیندر و همکاران، ۲۰۱۵). در بیماران مبتلابه دیابت نوع دو^۱ بیش از ۹۵ درصد فرایند درمان توسط بیمار انجام می‌شود و تیم درمانی در فواصل بین ملاقات‌ها کنترل کمی بر بیمار دارد، این امر ایجاب می‌کند که به ارتقای فعالیت‌های خود مراقبتی که شامل ابعاد مختلف همچون فیزیولوژیک، اجتماعی، عاطفی و معنوی می‌باشد، توجه بیشتری نمود (آدو، مالابو، مالائو-آدولی و مالائو-آدولی، ۲۰۱۹)؛ 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). مانگاریاسکی و سلوکومار (۲۰۱۷) استرس مرتبط با بیماری^۲ را فرایندی تعریف می‌کنند که رویدادهای ناشی از بیماری، رفاه و آسایش ارگانسیم را تهدید کرده و متقابلاً ارگانسیم هم نسبت به این تهدیدها پاسخ نشان می‌دهد. در طول دهه‌های گذشته جنبه‌های روان‌شناختی دیابت نظر بسیاری از متخصصان را به خود جلب کرده است، چراکه دیابت به‌عنوان یکی از پرزحمت‌ترین بیماری‌های مزمن از لحاظ هیجانی و رفتاری به شمار می‌آید (موریسان و همکاران، ۲۰۱۹). 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 خود مراقبتی ویژه در سراسر زندگی است (شایقان، امیری، آگیلاروفایی، بشارت، ۱۳۹۷). مدیریت خود یک استراتژی فردی است که فرد از طریق آن رفتارهای خود را مدیریت و کنترل می‌کند که از بروز رفتارهای منفی در خود جلوگیری کند (هورنستن، ریچکبور و آرنتر، ۲۰۱۹). خود مدیریتی وسیله اصلی در کنترل در بیماری دیابت نوع می‌باشد که شامل فعالیت بدنی، تغذیه سالم، پابندی به داور و دستورات پزشکی، کنترل قند خون و حل مسئله مرتبط با سلامت خود در بیماران مبتلابه دیابت نوع ۲ می‌شود (داهل و حسین‌زاده، ۲۰۲۰). لذا خود مدیریتی در بیماران مبتلابه دیابت به‌عنوان یک راهبرد

1. type 2 diabetes
2. distress related disease

می‌تواند به افراد کمک کند تا سطح قند خون بیماران را کنترل کرده و از عوارض شدید بیماری خود جلوگیری کنند (پامونگکاس، چامرونساوآسادی، واتاناسومبون و چاروپونفول، ۲۰۲۰). افزون بر اینکه خود مدیریتی یک راهبرد مهم در حفظ و کنترل قند خون بیماران مبتلابه دیابت به شمار می‌رود، داشتن سبک زندگی سالم همراه با تحرک بدنی کافی است (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۰). درواقع خود مراقبتی توانایی و حس لزوم تنظیم و کنترل برنامه غذایی و رفتارها و فعالیت‌های روزمره از نظر فرد دیابتیک است که برای نگاه‌داشتن قند خون در محدوده طبیعی صورت می‌گیرد (حر و منشئی، ۱۳۹۶).

با توجه به اینکه خود مراقبتی^۱ اندک می‌تواند یکی از عوامل مسبب 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 (باسو و شارما، ۲۰۱۹)، لذا اجرای مداخلات جهت افزایش خود مراقبتی بیماران دیابتی بسیار مهم و ضروری به نظر می‌رسد. درمان عقلانی، هیجانی و رفتاری^۲ و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۳ را می‌توان از جمله مداخلات مهم در این زمینه در نظر گرفت (کدب و پیسچیک، ۲۰۱۹). درمان عقلانی، هیجانی و رفتاری که آلبرت ایس ارائه نموده، فرض اساسی این است که نحوه تفسیر افراد از رویدادها و موقعیت‌های زندگی در بروز مشکلات روانی آن‌ها نقش اساسی ایفا می‌کند (آگدام، ۲۰۱۹). رفتاردرمانی عقلانی هیجانی فرآیند درمانی ساختاریافته‌ای است که بر رفتار، افکار و احساسات ما تکیه دارد و نتیجه باورها و فرض‌های ما از خودمان، دیگران و کل هستی و باورهای غیر معقول بر آن‌ها تأثیرگذار است (استارک، ۲۰۱۷). از مفروضات دیگر این رویکرد آن است که هیجان‌های ما از باور، ارزیابی، تفسیر و واکنش‌های ما به موقعیت‌های زندگی ناشی می‌شوند (بالکیس و دورو، ۲۰۱۹)؛ از طریق فرایند درمانی در این رویکرد، به مراجعان مهارت‌هایی که از طریق آن‌ها باورهای غیرعقلانی شناسایی و با آن‌ها مقابله گردد، آموزش داده می‌شود (مانگارایاسکی و سلوکومار، ۲۰۱۷)؛ درمان عقلانی، هیجانی و رفتاری اعتقاد بر این است که انسان‌ها به همان صورت که ذاتاً به‌سوی تفکر عقلانی و سالم گرایش دارند، به سمت تفکرهای نادرست و غیرعقلانی نیز متمایل بوده و این تفکرها ریشه آشفتگی‌های هیجانی می‌باشند. اصطلاح غیرعقلانی به عقایدی اشاره دارد که انعطاف‌ناپذیر، مغایر با واقعیت و غیرمنطقی باشد و باعث کاهش سطح سلامت روانی فرد و مانع دستیابی او به اهداف می‌گردد، افکار غیرعقلانی بسیار پرهزینه و زیانبار بوده و باعث افزایش بروز استرس و مشکلات جسمانی می‌گردند (سیاه، ۲۰۲۰).

از طرفی 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^۴ نامیده می‌شود (توهینگ و لوین، ۲۰۱۷). 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 (هیز، ۲۰۰۴). درمان‌های دیابت اکثراً به‌صورت دارویی می‌باشند اما در موج سوم اصلاح و تلفیق با رویکرد شناختی - رفتاری با اصول اساسی مسئولیت‌ها و درک واقعیت استوارتر شده است (برایکر و همکاران، ۲۰۱۷) که با تأکید بیشتر بر جنبه‌های شناختی به وجود آمدند، بر نقش باورها، طرح‌واره‌ها و نظام پردازش

1. Self-Care
2. Rational Emotive Behavior Therapy
3. acceptance and commitment therapy
4. Relational Frame Theory (RFT)

اطلاعات در ایجاد اختلالات روانی تأکید دارد (لوسادا و همکاران، ۲۰۱۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از رویکردهای درمان موج سوم رفتاردرمانی است که از فرایندهای پذیرش، ذهن آگاهی، فرایندهای تعهد، تغییر رفتار و ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند. یک مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل تکنیک‌های مختلفی در حوزه‌های پذیرش، گسلش، ایجاد حسی متعالی از خود در زمان حال بودن و ذهن آگاهی، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه مربوط به آن ارزش‌ها می‌باشد. با توجه به فنون شناختی، باورها و افکار خود آیند را که در کشش‌ها به مواد نقش دارند، مورد توجه قرار می‌دهد (بهرروز، بوالی، حیدری زاده و فرهادی، ۱۳۹۵) و درحالی‌که فنون رفتاری بر اعمالی تمرکز دارند که از نظر زمینه‌ای با شناخت در تعامل‌اند (گراس و همکاران، ۲۰۱۸). هدف اصلی درمان پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است (پاکمن، ۲۰۱۷). در رویکرد پذیرش و تعهد برخلاف 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. درواقع 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 و همکاران، ۲۰۱۷).

در همین راستا نتایج پژوهش میرغفاری، رحمانی، قراخانی و رهنمازاده (۱۳۹۷) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود خود‌مدیریتی بیماران مبتلابه دیابت نوع دو شده است. در پژوهشی دیگر پیرمردوند و همکاران (۱۳۹۷) نشان دادند که درمان عقلانی هیجانی و رفتاری باعث کاهش استرس در زوجین گروه آزمایش شده است. حر و منشئی (۱۳۹۶) در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود سلامت روان بیماران مبتلابه دیابت نوع دو شده است. بیگدلی و دهقان (۱۳۹۸) در پژوهش خود نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد بر سلامت روان‌شناختی و رضایت از زندگی بیماران دیابت نوع دو مؤثر است. راسن و لیلنفلد (۲۰۱۶) در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی بر خود‌مراقبتی اثر دارد. لیندهوم اولیندر و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان یک لیست کار آزمایشی بالینی تصادفی کنترل‌شده از اثرات پذیرش و تعهد درمانی در بیماران مبتلابه دیابت نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی بر علائم روان‌شناختی مانند استرس و افسردگی و همچنین علائم رفتاری مانند خود‌مراقبتی و خودکنترلی اثر معنی‌دار دارد. آمسبرگ و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی بر خود‌مراقبتی در بیماران دیابتی اثر معنی‌دار دارد. نتایج پژوهش معززی، مقالو، مقالو و پیشوایی (۲۰۱۷) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی بر خود‌مراقبتی ویژه سلامت در کودکان هفت تا پانزده‌ساله مبتلابه دیابت اثر معنی‌دار دارد.

با توجه به این‌که دیابت یکی از شایع‌ترین و پرهزینه‌ترین بیماری‌های مزمن است که محدودیت‌های زیادی در فعالیت‌های بیمار ایجاد می‌کند و به علت پایین بودن سطوح سلامت هیجانی و کاهش خود‌مراقبتی را به نتایج نامطلوب دیگری همچون افت کیفیت زندگی، کنترل متابولیک نامطلوب و افزایش نرخ مرگ‌ومیر سوق می‌دهد. در این راستا مداخلات درمانی زیادی باهدف‌های مختلف صورت گرفته است. برخی از این مداخلات روی اطلاعات ضعیف بیماران از بیماری دیابت متمرکز شده، بعضی‌ها، درمان اختلالات روانی مرتبط با دیابت را هدف قرار داده، برخی دیگر بر روش‌های مدیریت وزن تمرکز نموده‌اند و بالاخره بعضی از مطالعات نیز مسئله میزان پذیرش روش‌های درمانی بیماران دیابتی و تقویت ارتباطات و افزایش حمایت اجتماعی را

مرکز ثقل درمان معرفی کرده‌اند؛ بنابراین علیرغم کارهای زیاد صورت گرفته در زمینه درمان بیماران دیابتی و بعضاً نتایج ضدونقیض به دست آمده، هنوز ابهامات و سردرگمی زیادی در این زمینه به چشم می‌خورد ابهاماتی که منجر به افزایش آسیب‌ها، طولانی شدن و پرهزینه شدن درمان مبتلایان می‌گردد. به‌طور کلی با توجه به تأثیرات 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 بنابراین سؤال اصلی پژوهش این است:

۱. آیا مداخله رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر رفتارهای خود مراقبتی (رفتارهای تغذیه‌ای، فعالیت بدنی، کنترل قند خون، مراقبت از پا و تبعیت دارویی بیماران) در افراد مبتلا به دیابت نوع دوم در مرحله پس‌آزمون مؤثر است؟

۲. آیا مداخله رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر رفتارهای خود مراقبتی (رفتارهای تغذیه‌ای، فعالیت بدنی، کنترل قند خون، مراقبت از پا و تبعیت دارویی بیماران) در افراد مبتلا به دیابت نوع دوم در مرحله پیگیری پایدار است؟ آیا بین رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر رفتارهای خود مراقبتی (رفتارهای تغذیه‌ای، فعالیت بدنی، کنترل قند خون، مراقبت از پا و تبعیت دارویی بیماران) در افراد مبتلا به دیابت نوع دوم تفاوت معنی‌دار وجود دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و طرح مورد استفاده در این پژوهش پیش‌آزمون-پس‌آزمون دو گروه آزمایش و یک گروه گواه و مرحله پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم زن دارای پرونده در کلینیک پارسیان اسلام‌شهر در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. بر اساس نظر دلاور (۱۳۸۷) حداقل حجم نمونه لازم برای انجام پژوهش‌های مداخله‌ای حداقل ۱۵ نفر می‌باشند. لذا در این پژوهش ۴۵ بیمار با روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل زنان مبتلا به دیابت نوع دو، عدم ابتلا به بیماری روان‌پزشکی طبق معیارهای DSM5، فقدان آمپوتاسیون (قطع عضو) و نقص عضو، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی، تحصیلات حداقل دیپلم، سن ۴۰ تا ۵۰ سال، هموگلوبین گلیکوزیله بین ۷ تا ۸/۵ درصد (با توجه به عدد هموگلوبین گلیکوزیله تغییری درمان دارویی بیماران در طول درمان آموزش داده نخواهد شد)، عدم دریافت هرگونه برنامه آموزشی دیگر قبل و در حین انجام مداخله‌ها، رضایت برای شرکت در مطالعه بود. داشتن دیابت نوع یک یا دیابت دوران حاملگی، آزمودنی به‌طور منظم در تمام کلاس‌ها حضور پیدا نکند و یا به هر دلیلی بیمار تمایلی به ادامه شرکت در پژوهش نداشته باشد نیز به‌عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه رفتارهای خود مراقبتی دیابت^۱. پرسشنامه رفتارهای خود مراقبتی دیابت توسط توبرت و گلاسکو (۱۹۹۴) ساخته شده است و شامل ۱۵ سؤال در حیطه‌ی رفتارهای تغذیه‌ای، فعالیت بدنی، کنترل

قند خون، مراقبت از پا و تبعیت دارویی بیماران می‌باشد که به هر سؤال برحسب تعداد روزهایی که فرد در هفته‌ی گذشته رفتار خود مراقبتی انجام داده است از ۰-۷ امتیاز می‌دهد و در مجموع نمره کل پرسش‌نامه بین (۰-۱۰۵) می‌باشد. که بر اساس نمرات کسب‌شده به سه قسمت مطلوب (۶۵-۱۰۵)، تا حدودی مطلوب (۳۵-۶۰) و نامطلوب تقسیم (۰-۳۰) می‌شود. تعداد سؤالات مربوط به رفتارهای تغذیه‌ای ۸ سؤال است و محدوده‌ی امتیازات ۰-۵۶ می‌باشد. ۱ سؤال مربوط به فعالیت بدنی و ۱ سؤال مربوط به کنترل قند خون است و محدوده‌ی امتیازات کسب‌شده برای هر بعد ۰-۷ می‌باشد. قسمت دیگر، رفتارهای مراقبت از پا را می‌سنجد که شامل ۳ سؤال و محدوده‌ی امتیازات در این بخش از ۰-۲۱ خواهد بود و در نهایت ۲ سؤال میزان تبعیت دارویی بیماران را می‌سنجد که محدوده‌ی امتیازات در این قسمت ۰-۱۴ می‌باشد. روایی سازه و محتوا توسط سازندگان تأیید و پایایی به روش آلفای کرونباخ برای رفتارهای تغذیه‌ای ۰/۸۱، فعالیت بدنی ۰/۸۷، کنترل قند خون ۰/۸۹، مراقبت از پا ۰/۸۶ و تبعیت دارویی بیماران ۰/۸۳ و کل ۰/۸۹ به‌دست‌آمده است و در ایران احمدی زکیه، صادقی تابنده، لری پور (۱۳۹۵) روایی محتوا و سازه تأیید شد و برای تعیین پایایی، از آزمون آلفای کرونباخ استفاده‌شده که برای این پرسش‌نامه مقدار آلفا برای رفتارهای تغذیه‌ای ۰/۷۸، فعالیت بدنی ۰/۸۲، کنترل قند خون ۰/۸۱، مراقبت از پا ۰/۸۴ و تبعیت دارویی بیماران ۰/۸۳ و کل ۰/۸۸ به‌دست‌آمده است.

۲. رفتاردرمانی عقلانی هیجانی. دوره رفتاردرمانی عقلانی هیجانی، موردنظر از تلفیق آموزش‌های الیس (۱۹۹۹) تهیه شد، پروتکل مربوطه در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای گروهی در مکان کلینیک در بازه‌ی زمانی هر هفته دو جلسه در صبح‌ها تنظیم شد و محتوای هر جلسه به ترتیب زیر است:

جدول ۱. محتوای جلسات پروتکل رفتاردرمانی عقلانی هیجانی الیس (۱۹۹۹)

جلسه	هدف	محتوا
اول	ارزیابی وجهت دهی	گرفتن تاریخچه‌ای از مشکل بیمار، آشنا کردن آزمودنی‌ها با شکل و سبک درمان، آغاز به خود پایی و هشدار برای توجه داشتن به رفتارها و تعیین تکالیف خانگی
دوم	پرداختن به خودپایی آزمودنی‌ها	مرور یادداشت‌های مربوط به خود پایی، آموزش درباره‌ی خطرات سلامتی همراه با عدم خود مراقبتی، پرداختن به موانع خود مراقبتی، تعیین تکالیف خانگی
سوم	معرفی راهبردهای رفتاردرمانی عقلانی هیجانی	معرفی درمان عقلانی هیجانی و آموزش مدل A-B-C، معرفی فرم خودیاری و چگونگی تکمیل آن و اهداف آن، کمک به آزمودنی‌ها به‌منظور افزایش سطوح فعالیت بدن و تعیین تکالیف خانگی

چهارم	شناخت پیامدهای ناراحت‌کننده (باورهای غیرمنطقی) و هیجان‌ها در خصوص بیماری	منبع مرور دستورالعمل جلسه قبل، بررسی فرم‌های خودیاری آزمودنی‌ها، معرفی و توضیح باورهای غیرمنطقی و پاسخ‌های هیجانی در ارتباط با بیماری، کمک به آزمودنی‌ها جهت شناسایی افکار غیرمنطقی خود و تعیین تکالیف خانگی
پنجم	زیر سؤال بردن باورهای غیرمنطقی	توضیح و بحث در مورد باورهای غیرمنطقی در ارتباط با اضافه بیماری، تعیین تکالیف خانگی
ششم	پرداختن به نگرانی‌های و پاسخ‌های هیجانی	کمک به آزمودنی‌ها برای این‌که بتوانند باورهای غیرمنطقی خود را زیر سؤال ببرند، اجتناب از پاسخ‌های هیجانی، آموزش باورهای و رفتارهای جدید مؤثر، تعیین تکالیف خانگی
هفتم	آموزش تجسم عقلانی هیجانی	آموزش درباره‌ی نقش باورهای هیجانی و شناختی، پرداختن به باورهای غیرمنطقی درباره عدم کنترل‌پذیری بیماری، تسهیل و افزایش تغییرات فکری مثبت حاصل از اجرای فنون قبلی، آموزش فنون تجسم عقلانی هیجانی، تعیین تکالیف خانگی
هشتم	خاتمه	جمع‌بندی، بحث و تبادل نظر، رفع اشکال در مورد آموزش‌های قبلی، تأکید بر نقش خود.

۳. **درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.** برنامه درمان گروهی مبنی بر پذیرش و تعهد بر اساس بسته درمانی هیز، ویلسون، گیلفورد و بتن (۲۰۰۴) تدوین شد که در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای گروهی در مکان کلینیک بازه‌ی زمانی هر هفته دو جلسه در صبح‌ها تنظیم شد و محتوای هر جلسه به ترتیب زیر است:

جدول ۲. محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز، ویلسون، گیلفورد و بتن (۲۰۰۴)

جلسه	هدف	محتوا
اول	معارف	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، مقدمه‌ای به درماندگی خلاق. ارائه تکالیف
دوم	سنجش عملکرد و مرور	در ابتدای هر جلسه بررسی گردید تا مشخص شود که امور خارج از جلسه برای شرکت‌کنندگان درمان چگونه بوده است. مرور واکنش‌ها به جلسه

واکنش‌های رفتاری شناختی	قبل، مرور تکلیف: اگر مراجع تکلیف را انجام نمی‌داد، درمانگر متغیرهای عامل را بررسی می‌کرد. ادامه درماندگی خلاق، ارائه تکلیف
سوم	معرفی واکنش‌ها و پاسخ‌های مؤثر
	مرور واکنش به جلسه قبل، مرور تکلیف، در این مرحله با توجه به این‌که درماندگی خلاق، کنترل به‌عنوان مسئله و تمایل / پذیرش به همدیگر مربوط می‌شوند، بنابراین هنگام بحث در مورد منازعه مراجع با افکار به یکی شدن این سه پدیده با یکدیگر پرداخته شد. معرفی کنترل به‌عنوان یک مسئله، معرفی تمایل / پذیرش، تعهد رفتاری، ارائه تکلیف.
چهارم	گسلش شناختی
	سنجش عملکرد، مرور واکنش مرور واکنش‌ها به جلسه قبل، مرور تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی خود به‌عنوان زمینه و گسلش.
پنجم	تمرین تعهد رفتاری
	درمانگر به هر یک از شرکت‌کنندگان فرصت داد تا به تمرینات تمایل ادامه 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.
ششم	بررسی ارزش‌ها
	معرفی ارزش‌ها (دادن تکلیف ارزش‌ها)، این عمل با تکمیل پرسشنامه سنجش ارزش‌ها انجام گرفت تا با تصریح ارزش‌های مراجع به هدایت مراجع خارج از حمایت درمانگر کمک شود.
هفتم	تعهدهای رفتاری
	مرور تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی خود به‌عنوان زمینه و گسلش.
هشتم	خاتمه
	معرفی خود به‌عنوان زمینه و گسلش، معرفی ارزش‌ها؛ جمع‌بندی جلسات.

روش اجرا. روند اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از هماهنگی با مراکز بهداشتی درمانی پارسین اسلام‌شهر و با توجه به معیارهای ورود و خروج از مطالعه نمونه‌ها انتخاب گردید. قبل از ورود بیماران به پژوهش در مورد چگونگی طرح و اهداف مداخله‌ها داده شد و از شرکت‌کنندگانی که تمایل به حضور در پژوهش داشته باشند رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید. قبل از شروع درمان‌ها پرسشنامه خود مراقبتی شرکت‌کننده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های پژوهش موردبررسی قرار گرفت. گروه آزمایش رفتار درمانی عقلانی هیجانی و گروه درمان پذیرش و تعهد در هشت جلسه آموزش دیدند و گروه گواه در لیست انتظار باقی ماند. لازم به ذکر است که در پایان هر جلسه از جلسات مداخله رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و درمان پذیرش و تعهد به مراجعان تکالیف مناسبی داده شد و در ابتدای جلسه بعد مرور شده و به آن‌ها بازخورد سازنده داده شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات به‌دست‌آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار spss-V20 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت.

یافته‌ها

در این بخش میانگین و انحراف معیار نمرات رفتارهای خود مراقبتی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل گزارش می‌شود.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار رفتارهای خود مراقبتی به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

گروه	متغیر	شاخص	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
درمانی عقلانی هیجانی	رفتارهای تغذیه‌ای	میانگین	۲۷.۶۷	۳۰.۴۷	۳۰.۰۰
		انحراف معیار	۲.۹۴	۲.۳۶	۲.۱۴
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	رفتارهای تغذیه‌ای	میانگین	۲۶.۵۳	۳۲.۴۷	۳۳.۴۷
		انحراف معیار	۳.۹۴	۳.۲۷	۳.۲۷
گواه	رفتارهای تغذیه‌ای	میانگین	۲۶.۸۷	۲۶.۲۰	۲۵.۹۳
		انحراف معیار	۳.۰۲	۲.۷۸	۲.۰۲
درمانی عقلانی هیجانی	فعالیت بدنی	میانگین	۴.۲۰	۵.۶۷	۵.۴۰
		انحراف معیار	۱.۷۴	۱.۲۳	۱.۵۰
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	فعالیت بدنی	میانگین	۳.۴۷	۶.۳۳	۵.۸۷
		انحراف معیار	۱.۴۶	۱.۲۳	۱.۳۰
گواه	فعالیت بدنی	میانگین	۳.۷۳	۳.۸۰	۳.۸۷
		انحراف معیار	۱.۳۳	۱.۷۸	۱.۸۱
درمانی عقلانی هیجانی	کنترل قند خون	میانگین	۲.۸۰	۵.۲۷	۵.۴۰
		انحراف معیار	۱.۰۱	۱.۳۳	۱.۱۲
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل قند خون	میانگین	۲.۶۰	۵.۳۳	۵.۱۳
		انحراف معیار	۱.۴۰	۱.۴۰	۰.۹۹
گواه	کنترل قند خون	میانگین	۲.۸۷	۲.۲۰	۲.۵۳
		انحراف معیار	۱.۰۶	۱.۶۱	۱.۶۸
درمانی عقلانی هیجانی	مراقبت از پا	میانگین	۸.۵۳	۱۱.۸۰	۱۲.۵۳
		انحراف معیار	۲.۷۷	۱.۹۰	۲.۳۹
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	مراقبت از پا	میانگین	۹.۸۷	۱۳.۸۰	۱۳.۸۰
		انحراف معیار	۲.۳۹	۲.۱۱	۲.۵۷
گواه	مراقبت از پا	میانگین	۹.۰۰	۸.۲۷	۸.۴۷
		انحراف معیار	۲.۲۴	۳.۵۱	۲.۸۳
درمانی عقلانی هیجانی	تبعیت دارویی	میانگین	۹.۸۰	۱۰.۸۰	۱۰.۵۳
		انحراف معیار	۱.۴۲	۱.۲۱	۱.۵۵
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	تبعیت دارویی	میانگین	۹.۱۳	۱۰.۸۰	۱۰.۶۷
		انحراف معیار	۱.۷۳	۱.۲۶	۱.۴۰
گواه	تبعیت دارویی	میانگین	۹.۱۳	۸.۹۳	۸.۴۷
		انحراف معیار	۱.۵۱	۲.۰۲	۲.۲۳

همچنان که ملاحظه می‌شود میانگین در دو گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون در خرده مقیاس‌های رفتارهای خود مراقبتی افزایش نشان می‌دهد. بر اساس نتایج مندرج در جدول، می‌توان به این توصیف دست زد که درمانی عقلانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود رفتارهای خود مراقبتی شده است.

به‌منظور بررسی تأثیر روش درمان‌های رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نمرات مؤلفه‌های رفتارهای خود مراقبتی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، از روش تحلیل واریانس مختلط (یک عامل درون آزمودنی‌ها و یک عامل بین آزمودنی‌ها) استفاده شد. مراحل سه‌گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌عنوان عامل درون آزمودنی و گروه‌بندی آزمودنی‌ها در دو گروه به‌عنوان یک عامل بین آزمودنی در نظر گرفته شدند. به‌منظور بررسی تفاوت معنی‌دار بین میانگین‌های مؤلفه‌های رفتارهای خود مراقبتی در دو گروه در مراحل سه‌گانه درمانی، ابتدا مفروضه‌های همگنی واریانس‌ها و کرویت بررسی شد. نتایج در جدول ۴ و ۵ ارائه شده است.

جدول ۴. آزمون F لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها و موخلی جهت بررسی همگنی کوواریانس‌ها در گروه‌های رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و پذیرش و تعهد

متغیرها شاخص		F لوین		آزمون کرویت مخلی
F		سطح معناداری	Mauchly's W	سطح معناداری
رفتارهای تغذیه‌ای	۰/۷۷	۰/۳۸	۰/۳۰	۰/۰۰۱
فعالیت بدنی	۰/۳۳	۰/۸۵	۰/۴۷	۰/۰۰۱
کنترل قند خون	۱/۳۶	۰/۲۵	۰/۴۹	۰/۰۰۱
مراقبت از پا	۰/۷۴	۰/۳۹	۰/۳۷	۰/۰۰۱
تبعیت دارویی	۰/۷۳	۰/۷۸	۰/۷۲	۰/۰۱۴

همان‌گونه که مشاهده می‌شود فرض تساوی واریانس‌ها برقرار است ($p < 0.05$). واریانس تفاوت بین همه ترکیب‌های مربوط به گروه‌ها (کرویت) باید یکسان باشد. برای بررسی این مفروضه از آزمون کرویت مخلی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ذکر گردیده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود فرض کرویت برقرار نیست ($p > 0.05$). بر این اساس در آزمون فرضیه‌ها از معیار گرینهاوس گیسر^۱ استفاده می‌شود تا تقریب دقیق تری به دست آید و نتایج تحلیل واریانس درون گروهی با توجه به عدم برقراری مفروضه کرویت محاسبه می‌گردد، خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط برای عوامل درون گروهی و بین گروهی در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۵. آزمون تحلیل واریانس مختلط نمرات مؤلفه‌های رفتارهای خود مراقبتی با معیار گرین هاوس گیسر

متغیر	شاخص آماری	منبع	مجموع	درجه	میانگین	سطح	ضریب
	عوامل	تغییرات	مجذورات	آزادی	مجذورات	معناداری	ایتا
رفتارهای تغذیه‌ای	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	۴۰۶.۰۷	۱.۱۸	۳۴۴.۰۸	۷۰.۸۷	۰.۰۰۱	۰.۷۲

۰.۳۴	۰.۰۰۱	۱۴.۴۵	۷۰.۱۸	۱.۱۸	۸۲.۸۲	تعامل آزمون* گروه	
۰.۱۴	۰.۰۰۳	۴.۱۲	۴۶.۹۴	۱.۰۰	۴۶.۹۴	بین گروهی	
۰.۴۷	۰.۰۰۱	۲۴.۵۵	۶۱.۴۳	۱.۳۱	۸۰.۶۹	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	فعالیت بدنی
۰.۰۹	۰.۱۱	۲.۶۲	۶.۵۵	۱.۳۱	۸.۶۰	تعامل آزمون* گروه	
۰.۰۱	۰.۷۱	۰.۱۴	۰.۴۰	۱.۰۰	۰.۴۰	بین گروهی	
۰.۶۴	۰.۰۰۱	۵۰.۴۸	۱۰۰.۷۷	۱.۳۳	۱۳۳.۴۹	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	کنترل قند خون
۰.۰۱	۰.۷۵	۰.۱۸	۰.۳۵	۱.۳۳	۰.۴۷	تعامل آزمون* گروه	
۰.۰۱	۰.۶۵	۰.۲۲	۰.۴۰	۱.۰۰	۰.۴۰	بین گروهی	
۰.۵۸	۰.۰۰۱	۳۸.۲۱	۲۳۳.۸۹	۱.۲۳	۲۸۸.۲۹	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	مراقبت از پا
۰.۰۱	۰.۶۲	۰.۳۳	۲.۰۰	۱.۲۳	۲.۴۷	تعامل آزمون* گروه	
۰.۱۰	۰.۰۰۶	۳.۶۷	۵۲.۹۰	۱.۰۰	۵۲.۹۰	بین گروهی	
۰.۲۷	۰.۰۰۱	۱۰.۳۱	۱۹.۷۲	۱.۵۷	۳۱.۰۲	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	تبعیت دارویی
۰.۰۳	۰.۳۹	۰.۹۲	۱.۷۵	۱.۵۷	۲.۷۶	تعامل آزمون* گروه	
۰.۰۱	۰.۶۴	۰.۲۲	۰.۷۱	۱.۰۰	۰.۷۱	بین گروهی	

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد در رابطه با عامل درون‌گروهی مقدار F محاسبه‌شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در سطح $0/05$ برای هر پنج مؤلفه معنادار است ($P < 0/05$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات مؤلفه‌های رفتارهای خود مراقبتی در مراحل سه‌گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری درمانی تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفونی به‌منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌ها در مراحل درمانی محاسبه شد نتایج نشان داد تفاوت بین نمرات مؤلفه‌های رفتارهای خود مراقبتی در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون، پیش‌آزمون با پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد. همچنین بین نمرات مؤلفه‌های رفتارهای خود مراقبتی در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود ندارد، به‌طوری‌که نمرات مؤلفه‌های رفتارهای خود مراقبتی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس‌آزمون تغییر معنی‌دار نداشته است. با توجه به نتایج جدول ۵ در رابطه با تعامل عوامل مراحل و گروه مقدار F محاسبه‌شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بین دو گروه رفتار درمانی عقلانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سطح $0/05$ برای مؤلفه رفتارهای تغذیه‌ای معنادار است ($P < 0/05$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه رفتارهای تغذیه‌ای در دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد.

با توجه به نتایج جدول ۵ برای عامل بین‌گروهی مقدار F محاسبه‌شده در سطح $0/05$ برای رفتارهای تغذیه‌ای معنادار است. ($P < 0/05$). در نتیجه بین میانگین کلی نمرات رفتارهای تغذیه‌ای در دو گروه رفتار درمانی عقلانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معنادار وجود دارد. به‌طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که روش (درمان‌های رفتار درمانی عقلانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) بر نمرات

رفتارهای خود مراقبتی تأثیر داشته است به طوری که گروه‌های آزمایش (درمان‌های رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) نسبت به گروه کنترل موجب افزایش نمرات رفتارهای خود مراقبتی شده است، با توجه به اینکه افزایش نمرات رفتارهای خود مراقبتی در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون نیز معنی‌دار بوده است، روند افزایش نمرات رفتارهای خود مراقبتی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون ادامه داشته است و به طور معنی‌داری متفاوت بوده است که نشان از پایداری درمان (درمان‌های رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) بر نمرات رفتارهای خود مراقبتی می‌باشد. همچنین میزان افزایش در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در متغیر رفتارهای تغذیه‌ای بیشتر از گروه رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بوده است.

جدول ۶. مقایسه‌های چندگانه در پس‌آزمون و پیگیری افسردگی

وابسته	(I) گروه	(J) گروه	تفاوت میانگین	خطای معیار
رفتارهای تغذیه‌ای	درمانی عقلانی هیجانی	درمان پذیرش و تعهد	۱۰/۷۱	۲/۱۰
		گواه	-۱۲/۷۵	۲/۱۲
	درمانی عقلانی هیجانی	درمان پذیرش و تعهد	۱۰/۷۱	۲/۱۰
		گواه	-۸/۴۷	۲/۱۸
فعالیت بدنی	درمانی عقلانی هیجانی	درمان پذیرش و تعهد	-۸/۱۳	۳/۰۶
		گواه	-۶/۸۴	۳/۱۰
	درمانی عقلانی هیجانی	درمان پذیرش و تعهد	-۸/۱۳	۳/۰۶
		گواه	-۷/۷۱	۳/۳۶
کنترل قند خون	درمانی عقلانی هیجانی	درمان پذیرش و تعهد	۷/۷۱	۲/۱۰
		گواه	-۱۰/۷۵	۲/۴۴
	درمانی عقلانی هیجانی	درمان پذیرش و تعهد	۷/۷۱	۲/۱۰
		گواه	-۱۱/۴۷	۲/۲۸
مراقبت از پا	درمانی عقلانی هیجانی	درمان پذیرش و تعهد	-۹/۱۳	۳/۰۱
		گواه	-۸/۸۴	۳/۹۱
	درمانی عقلانی هیجانی	درمان پذیرش و تعهد	-۹/۱۳	۳/۰۱
		گواه	-۸/۷۱	۳/۹۲
تبعیت دارویی	درمانی عقلانی هیجانی	درمان پذیرش و تعهد	۷/۷۱	۲/۸۵
		گواه	-۱۰/۷۵	۲/۰۳
	درمانی عقلانی هیجانی	درمان پذیرش و تعهد	۷/۷۱	۲/۸۵
		گواه	-۱۰/۴۷	۲/۶۲

در جدول ۶ مقایسه اثر دو رویکرد مداخله بر متغیر وابسته (رفتارهای خودمراقبتی) نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه درمان عقلانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت معنادار نیست ($P=0/05$)؛ بنابراین در تأثیر مداخله گروه درمان عقلانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در خودمراقبتی تفاوتی وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتارهای خود مراقبتی (رفتارهای تغذیه‌ای، فعالیت بدنی، کنترل قند خون، مراقبت از پا و تبعیت دارویی بیماران) در افراد مبتلا به دیابت نوع دوم انجام شد. نتایج نشان داد که روش (درمان‌های رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) بر نمرات رفتارهای خود مراقبتی تأثیر داشته است به طوری که گروه‌های آزمایش (درمان‌های رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) نسبت به گروه کنترل موجب افزایش نمرات رفتارهای خود مراقبتی شده است، با توجه به اینکه افزایش نمرات رفتارهای خود مراقبتی در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون نیز معنی‌دار بوده است، روند افزایش نمرات رفتارهای خود مراقبتی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون ادامه داشته است و به‌طور معنی‌داری متفاوت بوده است که نشان از پایداری درمان (درمان‌های رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) بر نمرات رفتارهای خود مراقبتی می‌باشد. همچنین میزان افزایش در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در متغیر رفتارهای تغذیه‌ای بیشتر از گروه رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بوده است. نتایج پژوهش با یافته‌های شکوری گنجوی و همکاران (۱۳۹۸)، افشاری (۱۳۹۷)، گائو و همکاران (۲۰۲۰)، شن و همکاران (۲۰۲۰)، همخوانی دارد. در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان چنین بیان کرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد کمک می‌کند تا افراد تجربه‌های درونی خود را به‌عنوان یک فکر تجربه کنند و به‌جای پاسخ به آن‌ها به ارزش‌های زندگی و اموری که برایشان بااهمیت است، بپردازند. درمان پذیرش و تعهد از طریق افزایش ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا توجه کامل خود را به موقعیت‌های موجود بسپارند، بدون این‌که قضایای داشته باشند؛ زیرا یکی از دلایلی که بر سلامت روان بیماران تأثیر منفی می‌گذارد، احساساتی مثل گناه و تقصیر و ناکامی است (موسوی و همکاران، ۱۳۹۶)؛ آن‌ها با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، در رویارویی با رویدادهای استرس‌زا با اعتمادبه‌نفس برخورد می‌کنند، رویدادها را قابل‌کنترل می‌بینند و به‌طور کلی سیستم پردازش اطلاعات خود را به شیوه مؤثرتری به کار می‌اندازند. در واقع درمانگران به‌جای تمرکز بر تغییر شکل محتوی، به مراجع در پذیرش و داشتن تمایل به تجربه نمودن افکار و احساسات کمک نموده و با استفاده از فنون ذهن آگاهی بر اصلاح توجه و آگاهی مراجعین تأکید می‌ورزند این رویکرد، یک درمان رفتاری است که از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند. درمان پذیرش و تعهد افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و بر اساس آنچه در آن لحظه برای آن‌ها امکان‌پذیر است، ناشی می‌شود (بامیستر و همکاران، ۲۰۱۴).

در این درمان تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه فنون گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامونش ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها، همگی منجر به افزایش میزان خود مراقبتی در بیماران شد.

همچنین، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این بود که به آن‌ها کمک شود تا افکار آزاردهنده‌شان را فقط 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 اینجا با جایگزین کردن خود به‌عنوان زمینه، بیماران توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به‌سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند. در واقع به آن‌ها آموزش داده شد که درمان پذیرش و تعهد چگونه فرایندهای مرکزی بازداری فکر را رها کنند، از افکار آزاردهنده‌هایی یابند؛ به‌جای خود مفهوم‌سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به‌جای 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 به‌وسیله ذهن آگاهی بیشتر پرداخته و آن‌ها را در جهت فعالیت‌های هدف محور پیوند دهند. به‌طور خلاصه درمان پذیرش و تعهد تلاش می‌کند تا به افراد یاد دهد که افکار و احساساتشان را تجربه کنند؛ به‌جای 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. همچنین در تبیین این یافته می‌توان گفت که ذهن آگاهی، هشیاری غیر قضاوتی و غیرقابل‌توصیف و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه‌ای است که در یک لحظه خاص در محدوده توجه یک فرد قرار دارد و علاوه بر آن، این مفهوم اعتراف به تجربه یادشده و پذیرش آن را نیز شامل می‌شود و افزایش ذهن آگاهی در افزایش خود مراقبتی با توجه به مؤلفه‌های پذیرش، درک پذیری و رشد شخصی مؤثر است و به فرد این امکان را می‌دهد تا به‌جای آنکه به رویدادها به‌طور غیرارادی و بی‌تأمل پاسخ دهد و با تفکر و تأمل پاسخ دهد (فال و همکاران، ۲۰۱۹) و آن‌ها را در شناخت، مدیریت و حل مشکلات روزمره تواناتر سازد. مطالعات متعدد نمایانگر تأثیر ذهن آگاهی افزایش‌یافته در خود مراقبتی و در نتیجه افزایش رضایت از زندگی است.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش محدود بودن نمونه موردبررسی از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو است که این تعداد نمی‌تواند معرف خوب و کافی برای جامعه باشد؛ بنابراین تعمیم دادن نتایج فقط به جامعه موردنظر منطقی و امکان‌پذیر است و برای سطوح دیگر باید با رعایت احتیاط این کار را انجام دهیم. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش می‌توان به استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس به علت محدود بودن امکانات و دشواری اجرای پژوهشی گسترده با روش نمونه‌گیری کاملاً تصادفی در رابطه با موضوع این پژوهش اشاره کرد که موجب سوگیری ناخواسته در نتایج به‌دست‌آمده می‌شود. با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بیماری‌های سایکوسوماتیک و مزمن پیشنهاد می‌شود از روان‌شناسان بالینی و سلامت آموزش‌دیده در این درمان، در سیستم بهداشت و درمان کشور برای همکاری تیمی درمان این گروه از بیماران استفاده شود. همچنین می‌توان از این درمان علاوه بر کاربرد در سطح درمان و پس از ابتلای فرد به بیماری دیابت نوع دو، در سطح پیشگیری نیز بهره برد. به نظر می‌رسد که بیماران با استعاره‌های درمان ارتباط بسیار خوبی برقرار می‌کنند. لذا پیشنهاد می‌گردد دامنه وسیع‌تری از استعاره‌های در جهت افزایش خود مراقبتی و دسترس ناشی از بیماری جمع‌آوری و درمان استفاده گردد.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد؛ پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاسگزاری

از همه زنان شرکت‌کنندگان در پژوهش و همه کسانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسنده، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- افشاری، علی. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری زنان در سقط‌جنین مکرر. *نشریه روان پرستاری*، ۶ (۴)، ۱۷-۱۱.
- بهرروز، 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 II. *مجله سلامت و بهداشت*، ۷ (۲)، ۲۳۶-۲۵۳.
- بیگدلی، روجا، و دهقان، فاطمه. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سلامت روان‌شناختی و رضایت از زندگی در مبتلایان به دیابت نوع دوم. *نشریه علمی پژوهش توان‌بخشی در پرستاری*، ۵ (۴)، ۴۲-۳۴.
- پیرمردوند چگینی، بهمن، زهراکار، کیانوش، و ثنایی ذاکر، باقر. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مبتنی بر درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری بر استرس زناشویی زوجین مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه بیماری‌های پستان*، ۱۱ (۴)، ۲۸-۳۸.
- حر، مریم، و منشئی، غلامرضا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در شهر اصفهان. *مجله دیابت و متابولیسم*، ۱۶ (۶)، ۳۰۹-۳۱۶.
- رجبی، ساجده، و یزدخواستی، فریبا. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام-اس. *مجله روانشناسی بالینی*، ۶ (۱)، ۲۹-۳۸.
- زهراکار، کیانوش. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمان عقلانی، هیجانی و رفتاری به شیوه گروهی در کاهش استرس بیماران مبتلا به دیابت. *اولین کنفرانس ملی، روانشناسی و علوم تربیتی، تهران*.
- شاه بیگ، سروش، جوراچی، تقوی، روحانی، نیکو، محمدی، مرجان، و امانی، امید. (۱۳۹۷). اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابراز گری هیجانی و رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *فصلنامه سواد سلامت*، ۳ (۴)، ۳۵-۲۵.

شایقیان، زینب، آگیلار-وفایی، ماریا، بشارت، محمد علی، امیری، پریسا، پروین، محمود، و روحی گیلانی، کبری. (۱۳۹۲). رابطه‌ی خود مراقبتی با کنترل قند خون و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مبتلایان به دیابت نوع دو. *مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران*، ۱۵ (۶)، ۵۴۵-۵۵۱.

شکوری گنجوی، لیلا محدث، احدی، حسن، جمهری، فرهاد، و خلعتبری، جواد. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سطح قند خون ناشتا و خودکارآمدی در زنان مبتلابه دیابت نوع II. *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۰ (۱)، ۵-۱۷.

موسوی، سیده سارا، احدی، حسن، خلعتبری، جواد، منشی، غلامرضا، و کوه منایی، شاهین. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فشار روانی، احساس تنهایی و قند خون مبتلایان به دیابت. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۲۶ (۱۰۴)، ۷۹-۷۲.

میرغفاری، سیده بیتا، رحمانی، سهیلا، قراخانی، مریم، و رهنمازاده، مجتبی. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان تعهد مبتنی بر پذیرش بر خود مدیریتی در بیماران مبتلابه نارسایی احتقانی قلب. پنجمین کنفرانس ملی نوآوری‌های اخیر در روانشناسی، کاربردها و توانمندسازی با محوریت روان‌درمانی، تهران.

References

- Adu, M. D. Malabu, U. H. Malau-Aduli, A. E. & Malau-Aduli, B. S. (2019). Enablers and barriers to effective diabetes self-management: A multi-national investigation. *PloS one*, 14(6), e0217771.
- Agdam, F. (2019). Comparison of the Effect of Narrative Therapy and Rational Emotional Behavior Therapy on Body Dysmorphic Concern and Depression in Women with Breast Surgery Experience: A Four-month Follow-up. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*, 8(2), 388-401.
- 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).
- Bairy, S. Rao, M. R. Edla, S. R. Manthena, S. R. & Tatavarti, N. G. D. (2020). Effect of an integrated naturopathy and yoga program on long-term glycemic control in type 2 diabetes mellitus patients: A prospective cohort study. *International Journal of Yoga*, 13(1), 42.
- Balu s, M. & Duru, E. (2019). The protective role of rational beliefs on the relationship between irrational beliefs, emotional states of stress, depression and anxiety. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 37(1), 96-112.
- Basu, S. & Sharma, N. (2019). Diabetes self-care in primary health facilities in India-challenges and the way forward. *World Journal of Diabetes*, 10(6), 341.
- Baumeister, H. Hutter, N. & Bengel, J. (2014). Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with diabetes mellitus: an abridged Cochrane review. *Diabetic Medicine*, 31(7), 773-786.
- 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 and alcohol dependence*, 170, 37-42.
- Dahal, P. K. & Hosseinzadeh, H. (2020). Association of health literacy and diabetes self-management: a systematic review. *Australian journal of primary health*, 25(6), 526-533.
- Faal, M. Vahid, T. A. Taime, Z. M. Shaban, N. & Amani, O. (2019). The Effectiveness of Accepted and Commitment Group Therapy on Psychological Flexibility and Family

- Communication Patterns in Women with Type 2 Diabetes. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 7(4), 41-49.
- 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.
- Guo, Z. Liu, J. Zeng, H. He, G. Ren, X. & Guo, J. (2020). Feasibility and efficacy of nurse-led team management intervention for improving the self-management of type 2 diabetes patients in a Chinese community: a randomized controlled trial. *Patient preference and adherence*, 13, 1353.
- Haye, K. M. (2004). Internalizing problems in students involved in bullying and victimization: Implications for intervention.
- Huntjens, R. J. Rijkeboer, M. M. & Arntz, A. (2019). Schema therapy for Dissociative Identity Disorder (DID): rationale and study protocol. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1571377.
- Kebede, M. M. & Pischke, C. R. (2019). Popular diabetes apps and the impact of diabetes app use on self-care behaviour: a survey among the digital community of persons with diabetes on Social Media. *Frontiers in Endocrinology*, 10, 135.
- 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), 1-5.
- 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.
- 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.
- Morrison, A. E. Zaccardi, F. Chatterjee, S. Brady, E. Doherty, Y. Robertson, N. & Davies, M. J. (2019). Self-Compassion, Metabolic Control and Health Status in Individuals with Type 2 Diabetes: A UK Observational Study. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*.
- Pakenham, K. I. (2017). Training in acceptance and commitment therapy fosters self-care in clinical psychology trainees. *Clinical Psychologist*, 21(3), 186-194.
- Pamungkas, R. A. Chamroonsawasdi, K. Vatanasomboon, P. & Charupoonphol, P. (2020). Barriers to Effective Diabetes Mellitus Self-Management (DMSM) Practice for Glycemic Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM): A Socio Cultural Context of Indonesian Communities in West Sulawesi. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 10(1), 250-261.
- 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.
- Shen, Y. Wang, T. Gao, M. Wang, F. Zhu, X. Zhang, X. & Sun, X. (2020). Association of glucose control and stages of change for multiple self-management behaviors in patients with diabetes: A latent profile analysis. *Patient education and counseling*, 103(1), 214-219.

- Stark, L. (2077)7 Albert Ellis, rational therapy and the media of 'modern' emotional management. *History of the Human Sciences*, 30(4), 54-74.
- Syah, M. E. (2020). Rational Emotional Behavior Therapy (REBT) to Reduce Anxiety Bullying Victims in Adolescents. *Journal of Family Sciences*, 5(1), 36-46.
- Twohig, M. P. & Levin, M. E. (2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatric Clinics*, 40(4), 751-770.
- 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.
- Zhang, Y. Pan, X. F. Chen, J. Xia, L. Cao, A. Zhang, Y. & He, M. (2020). Combined lifestyle factors and risk of incident type 2 diabetes and prognosis among individuals with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Diabetologia*, 63(1), 21-33.

پرسشنامه خودمراقبتی دیابت

ردیف	سوالات	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰
۱	شما در هفت روز گذشته چند بار یک برنامه غذایی سالم را که توسط پزشک معالج تان یا سایر اعضای تیم درمانی به شما توصیه شده است را رعایت کردید؟								
۲	به طور متوسط، در سراسر هفت روز گذشته، چند بار شما رژیم غذایی اختصاصی تان را رعایت کردید؟								
۳	شما در هفت روز گذشته چند بار، ۵ وعده یا بیشتر میوه و سبزیجات مصرف نمودید؟								
۴	در هفت روز گذشته شما چند بار غذاهایی با چربی بالا مثل گوشت قرمز یا مواد لبنی پر چربی خوردید؟								
۵	در هفت روز گذشته چند بار بیش از میزان مجاز توصیه شده از کربوهیدرات‌ها مثل شیرینی جات مصرف نکرده اید؟								
۶	شما در هفت روز گذشته شما چند بار حداقل ۳۰ دقیقه در فعالیت‌های جسمانی شرکت نمودید؟ (فعالیت مداوم، شامل قدم زدن)								
۷	در هفت روز گذشته شما چند بار در جلسات ورزشی ویژه (مثل شنا، پیاده روی، دوچرخه سواری) شرکت کردید؟ (به غیر از آن چه شما در خانه یا جزئی از کارتان انجام دادید)								
۸	در هفت روز گذشته چند بار قند خون تان را اندازه گیری کردید؟								
۹	در هفت روز گذشته چند بار قند خون تان را اندازه گیری کردید؟								
۱۰	در هفت روز گذشته چند بار انسولین و قرص ضد دیابت توصیه شده را طبق دستور مصرف نمودید؟								
۱۱	در هفت روز گذشته چند بار پاهای تان را مشاهده یا معاینه نمودید؟								
۱۲	در هفت روز گذشته چند بار داخل کفش هایتان را بازرسی کردید؟								
۱۳	در هفت روز گذشته چند بار پاهایتان را شسته اید؟								
۱۴	در هفت روز گذشته چند بار پس از شست و شوی پاهایتان بین انگشتان تان را خشک کرده اید؟								
۱۵	آیا شما در هفت روز گذشته سیگار کشیده اید؟ حتی یک پک؟								

خیر

بلی

A Comparison of the Effectiveness of Rational Emotive Behavior Therapy (REBT), and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in Improving Self-Care Behaviors (Nutritional Behaviors, Physical Activity, Blood Sugar Control, Foot Care, and Medication Adherence of Patients) in Women with Type 2 Diabetes

Farzaneh. Abroshan ¹, Shahrokh. Makvand Hosseini *², Nemat. Sotodeha³ & Parviz. Sabahi⁴

Abstract

Aim: The present study aimed to compare the effectiveness of rational emotive behavior therapy (REBT), and acceptance and commitment therapy (ACT) in improving self-care behaviors (nutritional behaviors, physical activity, blood sugar control, foot care, and medication adherence) in people with type 2 diabetes. **Methods:** The study was quasi-experimental with a pretest-posttest design, two experimental groups, a control group, and the follow-up stage. The statistical population consisted of all female patients with type 2 diabetes with a record in Parsian Clinic in Eslamshahr in 2019. Among them, 45 women were selected using the convenience sampling method and were randomly assigned to two experimental groups (15 per group), and a control group (n=15). The experimental group received acceptance and commitment therapy by Hayes et al. (2004), and the rational emotive behavior therapy (REBT) by Ellis (1999) in eight 60-minute sessions, and the control group was placed on a waiting list. The research tool included the diabetes self-care behavior questionnaire (Tubert and Glasgow, 1994) that was used at three stages, pre-test, post-test, and follow-up. Data were analyzed using repeated-measures analysis of variance. **Results:** Both interventions could significantly improve self-care behaviors (nutritional behaviors, physical activity, blood sugar control, foot care, and medication adherence) in patients with type 2 diabetes ($P<0.05$), but the acceptance and commitment therapy intervention had a greater effect on self-care behaviors in patients with type 2 diabetes. Furthermore, there was not any significant difference at the posttest follow-up stage ($p<0.05$), indicating the stability of intervention changes. **Conclusion:** Based on the results, acceptance and commitment therapy, and rational emotive behavior therapy (REBT) had effective interventions in increasing self-care behaviors in patients with diabetes.

Keywords: Self-care; Acceptance and commitment therapy (ACT); Rational emotive behavior therapy (REBT); Diabetes

1. PhD student in Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran

2. *Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Semnan University, Semnan, Iran

Email: shmakvand@semnan.ac.ir

3. Associate Professor, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Semnan University, Semnan, Iran