



The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Experiential Avoidance, Alexithymia and Emotion Regulation in Patients with Type One Diabetes, (Case Study)

Ghazal Zandkarimi *¹; Soghra Ghahremani ²

Abstract

The aim of this study was to investigate the effect of acceptance and commitment therapy on experiential avoidance, alexithymia and emotion regulation in patients with type 1 diabetes. The statistical population was patients with type 1 diabetes that referred to Shariati hospitals from February to June 2022. Six participants were selected voluntarily according to research entry criteria. Data were collected using the Gomez Avoidance Questionnaire (1998), Toronto Alexithymia Scale, Garnowski Emotion Regulation, and Glucometer. Participants underwent eight one-hour protocol sessions after baseline, and the first follow-up was performed one month after the end of treatment and the second follow-up three months later. Data were analyzed using recovery formula, effect size, stability chamber and visual analysis. The results showed that the treatment was effective in reducing the level of avoidance, alexithymia and emotion regulation. Follow-up study showed that this treatment was also effective in lowering blood sugar. According to the findings, acceptance and commitment therapy provides the necessary conditions for adaptation and acceptance and increases the rate of self-care behaviors in individuals. This treatment regulates emotions, reduces alexithymia as well as experiential avoidance, and can be used as an effective intervention method.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, emotion regulation, experiential avoidance, alexithymia, type one diabetes

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

¹ Corresponding Author: Faculty member, Group of Psychology, Refah University College, Tehran, Iran

² Group of Clinical Psychology, Faculty Humanities, Khatam University, Tehran, Iran

تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی و تنظیم هیجان مبتلایان به دیابت نوع یک، (مطالعه موردی)

غزال زند کریمی^{۱*}، صفرا قهرمانی^۲

چکیده

این مطالعه با هدف بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی و تنظیم هیجان مبتلایان به دیابت نوع یک انجام شد. جامعه آماری، بیماران مبتلا به دیابت نوع یک در سال ۱۴۰۱ مراجعه‌کننده بیمارستان شریعتی بودند که شش نفر به شیوه داوطلبانه انتخاب شدند. داده‌ها با پرسشنامه اجتناب از تجربه گامز، ناگویی خلقی تورنتو، تنظیم هیجان گارنفسکی و دستگاه گلوکومتر گردآوری شدند. شرکت‌کنندگان پس از خط پایه، تحت هشت جلسه یکساعته درمان قرار گرفتند و یک ماه پس از اتمام درمان اولین پیگیری و سه ماه بعد پیگیری دوم انجام شد. داده‌ها با استفاده از فرمول درصد بهبودی، اندازه اثر، محفظه ثبات و تحلیل دیداری مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد درمان در کاهش سطح اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی و تنظیم هیجان‌ها مؤثر بوده است. بررسی پیگیری نشان داد این درمان بر روی کاهش قند خون نیز مؤثر بوده است. طبق یافته‌ها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرایط لازم را برای سازگاری و پذیرش رنج‌ها فراهم می‌آورد و میزان رفتارهای خودمراقبتی را در افراد افزایش می‌دهد. این درمان موجب تنظیم هیجان‌ها، کاهش ناگویی خلقی و گشودگی نسبت به تجارب می‌شود و می‌توان از این درمان به عنوان یک روش مداخله مؤثر سود جست.

کلیدواژه‌ها: اجتناب از تجربه، تنظیم هیجان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، دیابت نوع یک، ناگویی خلقی

^۱نویسنده مسئول: عضو هیات علمی، گروه روانشناسی، دانشکده رفاه، تهران، ایران

^۲گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران

مقدمه

۳۶..... تاثیر درمان پذیرش و تعهد بر اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی و تنظیم هیجان مبتلایان...

دیابت یکی از شایع‌ترین بیماری‌های متابولیکی است، که جسم و روان فرد مبتلا را تحت تأثیر قرار می‌دهد. یکی از مشکلات اساسی در حوزه درمان بیماری دیابت، توجه بیش از حد به درمان‌های زیستی و عدم توجه به درمان‌های روان‌شناختی است (متیوا^۱، ۲۰۲۰). اهمیت روان در بیماری دیابت به حدی است که اگر حل نشود، کنترل قندخون با مشکل روبرو خواهد شد.

از جمله عوامل روان‌شناختی مهم در بیماران دارای دیابت اجتناب از تجربه^۲، ناگویی خلقی^۳ و عدم تنظیم هیجان^۴ است. اجتناب از تجربه، بی‌میلی و بی‌توجهی نسبت به ارتباط با تجارب شخصی مانند حساسیت‌های بدنی، به یادآوری خاطرات، هیجان‌ها و تقلا برای اجتناب از تجربه‌های ناخوشایند است (نیکولاس، روگوگنا، بری، اما و همکاران^۵، ۲۰۲۰). اجتناب از هیجان‌های روانی، حس‌های بدنی و... از طریق تقویت منفی در مدت زمان کوتاهی موجب آرامش می‌شود که متعاقباً، حفظ اجتناب در طول زندگی را به همراه دارد. هرچه شدت هیجان تجربه شده بیشتر باشد، برای رهایی از آن، از روش‌ها و راهبردهای ناسازگارانه اجتنابی بیشتری استفاده خواهد شد که سبب انعطاف‌ناپذیری در افراد می‌شود (مایا، استفان و ایدان^۶، ۲۰۲۰). اقراری، بیاضی و رجایی (۲۰۲۱) مطرح نمودند، پذیرش تجربه و سازگاری با شرایط موجود، بر تنظیم قندخون افراد مبتلا به دیابت موثر است. مایورا، مانینگ و گاری^۷ (۲۰۲۲) نیز نشان دادند که اجتناب از تجربه در پذیرش شکست و فرسودگی در بیماری‌های مزمن بسیار تاثیرگذار است. درعین حال، ممکن است با ناتوانی در ابراز احساسات و هیجانات خود نیز همراه گردد؛ چون تلاش برای دوری از تجربه‌های هیجانی، بتدریج فرد را به سمت ناگویی خلقی سوق می‌دهد.

ناگویی خلقی نوعی اختلال در عملکرد عاطفی و شناختی بوده و بیانگر ناتوانی در درک، پردازش و تبیین احساسات است که مشکلی گسترده در پردازش شناختی و تنظیم هیجان‌ها ایجاد می‌کند. در این حالات فرد از توصیف احساسات و هیجان‌ها ناتوان است (برمیر^۸، ۲۰۲۱). مطالعات انجام گرفته توسط میسنا، الکسنادرو و ویوانی^۹ (۲۰۲۱) و نیز استوارد، ساور و چاونس^{۱۰} (۲۰۲۱) نشان داده‌اند که متغیرهای مختلفی مانند ناگویی خلقی می‌توانند بر سطوح سلامت روان‌شناختی افراد اثر داشته باشند و از این

1. Matthew
2. Experiencial Avoidance
3. Alexithymia
4. Emotional Dysregulation
5. Nicholas, Rorgogna, Berry & Emma
6. Maya, Stefan & Idan
7. Mayorga, Manning & Garey
8. Bremner
9. Messina & Alessandro
10. Southward, Suer & Cheavens

طریق بر روند بهبود اختلالات فیزیولوژیک نیز تاثیرگذار خواهند بود. براین اساس، ناگویی خلقی با عدم توصیف و تشخیص احساسات در افراد مبتلا به دیابت در ارتباط است و آمادگی لازم را برای بروز مشکلات احساسی و خلقی به وجود می آورد. طبق مطالعه سیستمی مارتینو، کاپاتو، ویکاریو، کاتانولو و همکاران^۱، (۲۰۲۰) همبستگی مثبت معنی داری بین ناگویی خلقی و دیابت نوع یک دیده شده است. لذا، عدم ابراز مناسب عواطف و احساسات، پیش بین قدرتمندی برای احتمال ابتلا به دیابت، تشدید علائم آن و همچنین نوسانات قندخون می باشد. احتمالاً ناتوانی در ابراز درست هیجانات، ناشی از ضعف در شناسایی و تنظیم هیجان باشد؛ زیرا اگر فرد، توانایی تنظیم هیجان خود را داشته باشد، به راحتی می تواند به شیوه ای درست آنها را ابراز نماید. تنظیم هیجان طبق تعریف گارنفسکی و کرایج (۲۰۱۶) نوعی مقابله شناختی است که شامل راه های شناختی مدیریت عواطف با استفاده از اطلاعات هیجانی می باشد. فرایندهای شناختی می توانند به ما کمک کنند تا مدیریت هیجان را برعهده بگیریم و از این طریق هیجانها را قبل از بروز وقایع اضطراب آور و تنیدگی زا، مهار کنیم. طبق پژوهش کای، ورز و جهانسن^۲ (۲۰۲۱) تنظیم هیجان با مدل های ذهنی و نگرش های افراد در خصوص وضعیت زندگی رابطه تنگاتنگ دارد. در صورتی که این نگرش ها و مدل های ذهنی اصلاح شوند، می توان انتظار بیشتری از سلامت روانی افراد داشت (کاتو، سیلورمن و موزنسون^۳، ۲۰۱۹). براین اساس، بیماران مبتلا به دیابت می توانند با اصلاح مدل های ذهنی و کنترل علائم هیجانی با تشخیص زود هنگام و به موقع، زمینه برآورده شدن معیارهای سلامت را فراهم آورند (لورنزو، میلویا و گندلین^۴، ۲۰۲۰).

در مطالعات اخیر نتایج جالبی مطرح شده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۵ (ACT) را از سایر درمانها متمایز می کند که از آن جمله تایید پژوهش های فراتحلیل، تاثیر سریع و کوتاه مدت، هزینه های کمتر و تداوم اثرات درمان می باشد (فوجکویست، گاستافسون، جلین و پارلینگ^۶، ۲۰۲۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به معنای در آغوش کشیدن تمام تجربه های زندگی است، تمام تجاربی که افراد مبتلا به دیابت با اجتناب کردن از آنها از حرکت به سمت زندگی با کیفیت و مطلوب باز می مانند (لانگ، کیم، چن، ویلسون و همکاران^۷، ۲۰۲۰). این به افراد می آموزد که جنگیدن با رنجهای زندگی را متوقف کنند و تمرکز خود را به تجربه های ناخوشایند محدود نکنند. همینطور معتقد است مشکل مهم بیماران دیابتی، در عمل نکردن بر طبق اعمال

1. Martino, Caputo, Vicario & Catalano
2. Cai, Verze, & Jhansen
3. Kato, Silverman & Mosenzon
4. Lorenzo, Milvia & Guendalina
5. Acceptance and Commitment Therapy
6. Fogelkvist, Gustafsson, Kjellin & Parling
7. Long, Kim, Chen & Wilson

۳۸..... تاثیر درمان پذیرش و تعهد بر اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی و تنظیم هیجان مبتلایان...

خودمراقبتی یا همان اجتناب از تجربه است. از نظر سابقه بحث در خصوص بیماری دیابت، هرچند مقالات و پژوهش‌هایی در داخل و خارج کشور انجام شده است؛ که از طریق مطالعات همبستگی و رگرسیونی نقش عوامل روان‌شناختی در بیماری دیابت را اثبات نموده‌اند. بااین وجود، به موضوع مطالعه حاضر مبنی بر تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی خلقی، اجتناب از تجربه، تنظیم هیجان و همزمان کاهش قندخون در بیماران دیابتی پرداخته نشده است. از همین رو، امید می‌رود با استفاده از یافته‌های مطالعه حاضر جهت گسترش پژوهش‌ها در این حوزه، بتوان موجبات تحول در پروتکل‌های درمانی بیماران مبتلا به دیابت ایجاد نمود. به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بتواند اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی و تنظیم هیجان مبتلایان به دیابت نوع یک را کاهش دهد که در این صورت گام مهمی در کاهش نشانگان دیابت برداشته خواهد شد. لذا فرض بر این بود: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی، تنظیم هیجان و قندخون مبتلایان به دیابت نوع یک تاثیر معنی‌دار دارد.

روش

مطالعه حاضر، تجربی به روش نمونه منفرد بود. متغیر مستقل در این مطالعه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی، تنظیم هیجان و سطح قند خون بیماران دیابتی به عنوان متغیر وابسته بررسی شده‌اند. جامعه آماری، عبارت از مراجعین سرپایی ۴۰ تا ۶۰ ساله مبتلا به دیابت نوع یک بودند که در سال ۱۴۰۱ به بیمارستان شریعتی مراجعه نموده بودند. از این میان شش نفر به صورت داوطلبانه در مطالعه حاضر شرکت نمودند. ملاک‌های ورود، ابتلا به دیابت نوع یک، تحت برنامه دارویی تنظیم قندخون طبق نظر متخصصین، نمره بالا در ناگویی خلقی و اجتناب از تجربه، و عدم ابتلا به اختلالات روانی همبود بود که توسط متخصصین بالینی مورد بررسی قرار گرفتند. رضایت و آگاهی از شرکت در روند درمان، احترام به حریم شرکت‌کنندگان و اصل رازداری، امکان خروج از روند درمان و آگاهی شرکت‌کنندگان از نتایج نهایی مطالعه از جمله ملاحظات اخلاقی این مطالعه می‌باشند.

در مرحله خط پایه، متغیرها دو بار به فاصله یک هفته جهت دستیابی به ثبات اندازه‌گیری مورد سنجش اولیه قرار گرفتند. سپس در مرحله مداخله، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت انفرادی در محیط یک مرکز مشاوره در تهران برای شرکت‌کنندگان اجرا شد و صبح روز بعد از هر جلسه درمان میزان قندخون شرکت‌کنندگان اندازه‌گیری شد، اما اندازه‌گیری متغیرهای روان‌شناختی پس از تکمیل دوره درمان مجدداً انجام شد. در نهایت ارزیابی به منظور پیگیری اثرگذاری

درمان، به عمل آمد. پیگیری اول پس از یک ماه و پیگیری دوم پس از سه ماه از اتمام دوران درمان انجام شد. سپس اطلاعات حاصل مورد تحلیل‌هایی چون درصد بهبود (بلانچارد و اسکوارز،^۱ ۱۹۸۸)، اندازه اثر (کوهن^۲، ۱۹۸۸) و تحلیل نموداری قرار گرفت. شرکت‌کنندگان با ابزارهای زیر مورد سنجش قرار گرفتند:

پرسشنامه اجتناب از تجربه چند بعدی^۳ - این آزمون با ۶۲ گویه توسط گامز و همکاران (۱۹۹۸) ساخته شده است. پرسشنامه دارای طیف لیکرت ۵-۰ گزینه‌ای بوده و حداقل نمره در این پرسشنامه صفر و حداکثر ۳۱۰ بوده و نمره برش آن ۱۵۰ می‌باشد. ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ می‌باشد و همبستگی واگرایی این پرسشنامه با آزمون پذیرش و عمل برابر با ۰/۷۴ می‌باشد (بوند، هیز، بائر، کارپنتر^۴ و همکاران، ۲۰۱۱). در ایران عباسی، فنی، مولودی و ضرابی (۱۳۹۱) جهت بررسی روایی، همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه کیفیت زندگی و پذیرش و عمل را بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۲ گزارش کرده و ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بدست آمده است.

پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو^۵ - این پرسشنامه، دارای ۲۰ گویه است (باگی، تیلور و پارکر^۶، ۱۹۹۴) دارای طیف لیکرت ۵-۰ گزینه‌ای بوده و حداقل نمره ۲۰، حداکثر آن ۱۰۰ و نمره برش پرسشنامه ۳۲ می‌باشد. سئو، چانگ، ریم و جنونگ^۷ (۲۰۰۹)، طی پژوهشی که بر روی ۱۰۰ نفر انجام دادند، پایایی مقیاس حاضر را با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۷ بدست آوردند. در بررسی روایی واگرا نیز، همبستگی آن با پرسشنامه هوش هیجانی بار-ان^۸ ۰/۷۲- بود. بشارت (۱۳۹۲) روایی همزمان آزمون حاضر و مقیاس‌هایی چون هوش هیجانی ۰/۸۰، بهزیستی روان‌شناختی ۰/۸۷ و درماندگی روان‌شناختی ۰/۴۴ گزارش نمود. ضریب همسانی درونی نیز ۰/۸۷ گزارش شده است.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی گارنفسکی^۹ - این پرسشنامه توسط گارنفسکی و کرایج^۹ (۲۰۱۶) تدوین شده و دارای ۳۶ گویه با طیف لیکرت بین یک تا پنج است که حداقل نمره آن ۳۶ و حداکثر ۱۸۰ و نمره برش آن ۱۰۸ می‌باشد. ضرایب آلفای

1. Blanchard & Schovarez
2. Cohen
3. Multidimensional Experience Avoidance Questionnaire
4. Bond, Hayes, Baer & Carpenter
5. Toronto Alexithymia Questionnaire
6. Bagby, Taylor & Parker
7. Seo, Chung, Rim & Jeong
8. Garnefsky Cognitive Emotional Regulation Questionnaire
9. Garnefski & Kraaij

۴۰..... تاثیر درمان پذیرش و تعهد بر اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی و تنظیم هیجان مبتلایان...

کرونباخ ۰/۸۱ و روایی همزمان با مقیاس DASS-21¹ برابر با ۰/۸۹ است. بشارت (۱۳۹۵) روایی محتوای پرسشنامه را توسط متخصص تایید نموده و ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۹ گزارش نموده است.

دستگاه گلوکومتر GCM²_ قند خون با این دستگاه، در کمتر از ۵ ثانیه سنجش می‌شود. گلوکومتر دارای، ۱۰۰ لنست، و یک سوزن ضربه‌ای می‌باشد. برای استفاده از دستگاه گلوکومتر در قدم اول لازم است یک نوار آزمایش بر روی دستگاه قرار داده و با استفاده از سوزن مخصوص مقدار اندکی خون از روی نوک انگشت خود برداشته تا دستگاه، قندخون را نمایش دهد. از آن جایی که قندخون در طول روز تغییر می‌کند، در این مطالعه قند خون ناشتا بالای ۱۳۰ مدنظر بوده است. لذا جلسات درمان به صورت هفته‌ای یکبار در عصرها تشکیل شده و فردای آن، قند خون ناشتای صبحگاهی توسط شرکت‌کنندگان اندازه‌گیری و گزارش می‌گردد.

پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد_ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به وسیله هیز (۲۰۱۹) اخیراً ویرایش شده است در زیر جلسات درمانی به تفکیک ارائه گردیده‌اند.

جدول ۱: ساختار جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار	تمرینات خانگی
اول	برقراری رابطه درمانی و ارزیابی	آموزش مبتنی بر آگاهی	ارتقاء آگاهی هیجانی	ذهن آگاهی
دوم	بررسی درماندگی خلاق نسبت به راه حل‌های گذشته	آموزش استعاره و پرسش	یافتن ارزشها	مشخص نمودن اهداف و ارزش‌ها، تمرینات رویارویی
سوم	پذیرش، ارزش‌ها، تکلیف	آموزش پذیرش	بررسی سطح خلق	ادامه تمرینات ذهن آگاهی و مواجهه، مقابله با افکار، و خاطرات ناخوشایند
چهارم	شفاف سازی ارزش‌ها	بررسی موانع، تعیین اهداف و معرفی عمل متعهدانه	تکمیل فرم مسیر ارزشمند، بررسی اجتناب‌ها	آگاهی از حس‌ها و تمرکز بر فعالیت‌های ذهنی، بدنی و هیجان‌ها، تمرینات ذهن آگاهی و ارزش‌ها
پنجم	مرور تکلیف، گسستگی از تهدیدها	آموزش گسستگی و پیوستگی	رویارویی با مسئله	یادداشت اهداف مرتبط با ارزش‌ها تمرین رویارویی
ششم	خود مشاهده‌گری	صحبت درباره‌ی رضایت از زندگی	تنظیم هیجان‌ها	تمرینات تنظیم هیجان، ذهن آگاهی تمرینات رویارویی

1. Depression, Anxiety & Stress Scale
2. Continuous Glucose Monitoring

هفتم	رنج اولیه و ثانویه، تعهد و موانع شکل گیری رضایت	گفتگو درباره ارزش ها	ثبات در ارزشها	ادامه تمرینات شفاف سازی و تلاش برای پایداری ارزشها
هشتم	شفاف سازی ارزشها	ایجاد انگیزه	پیشگیری، پذیرش تجارب و تکلیف مادام العمر	مرور تکالیف و جمع بندی جلسات

یافته‌ها

شرکت کنندگان مطالعه حاضر چهار مرد و دو زن بودند که در حدود سنی ۴۰ تا ۶۰ سال و میانگین ۵۵/۷۰ سال قرار داشتند و همگی در سطح تحصیلی بین دیپلم و لیسانس و سطح اقتصادی متوسط قرار داشتند. در این بین، مردان شاغل و زنان خانه دار بودند. همگی مراجع سرپایی و تحت درمان دارویی کنترل قندخون قرار گرفته بودند. مطابق با اطلاعات مندرج در جدول (۲) در اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی و تنظیم هیجان تغییرات دیده می‌شود.

جدول ۲: نمرات شرکت کنندگان در طی خط پایه، مداخله و پیگیری در متغیرهای اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی، تنظیم هیجان

شرکت کننده	متغیر	خط پایه ۱	خط پایه ۲	مداخله	پیگیری ۱	پیگیری ۲
اول	اجتناب از تجربه	۱۸۵	۱۷۵	۹۴	۷۷	۷۷
	ناگویی خلقی	۶۷	۶۵	۴۱	۳۴	۳۳
	تنظیم هیجان	۹۵	۱۰۵	۵۲	۳۴	۳۴
دوم	اجتناب از تجربه	۱۸۰	۱۸۴	۱۲۰	۹۶	۹۲
	ناگویی خلقی	۶۴	۶۸	۴۶	۳۳	۳۱
	تنظیم هیجان	۱۱۰	۱۱۲	۵۶	۳۹	۳۹
سوم	اجتناب از تجربه	۱۹۵	۲۰۵	۱۲۸	۱۰۴	۱۰۴
	ناگویی خلقی	۶۸	۷۰	۴۲	۳۲	۳۰
	تنظیم هیجان	۱۱۲	۱۱۴	۵۵	۳۸	۳۵
چهارم	اجتناب از تجربه	۱۸۰	۱۹۰	۹۵	۷۵	۷۴
	ناگویی خلقی	۶۶	۶۸	۴۵	۳۴	۳۲
	تنظیم هیجان	۱۰۴	۱۰۰	۵۸	۳۱	۳۲
پنجم	اجتناب از تجربه	۱۸۴	۱۸۰	۱۲۵	۹۵	۱۰۰
	ناگویی خلقی	۶۶	۶۸	۴۵	۳۵	۳۵
	تنظیم هیجان	۱۰۸	۱۱۲	۵۸	۳۸	۳۵
ششم	اجتناب از تجربه	۱۹۸	۲۰۰	۱۲۸	۱۰۴	۱۰۴
	ناگویی خلقی	۶۸	۷۰	۴۵	۳۱	۲۸

۴۲..... تاثیر درمان پذیرش و تعهد بر اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی و تنظیم هیجان مبتلایان...

تنظیم هیجان	۱۱۲	۱۰۸	۵۶	۳۵	۳۲
-------------	-----	-----	----	----	----

در جدول ۳) اندازه اثر ۰/۴۱ حداقل میزان، تا ۱/۱۵ متوسط و تا ۲/۷۰ اندازه اثر بزرگ می‌باشد (کوهن، ۱۹۸۸). جهت خلاصه‌سازی در جدول، متغیر اجتناب از تجربه = ۱، ناگویی خلقی = ۲ و تنظیم هیجان = ۳ در نظر گرفته شده است. علامت (***) به معنی اندازه اثر بزرگ می‌باشد.

جدول ۳: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه متغیرها در گروه‌های آزمایش و گروه در انتظار درمان

متغیر	منبع	SS	Df	MS	F	p	اندازه اثر	توان آزمون
علائم اضطراب	دوره	۴۴۴/۷۹۴	۱	۴۴۴/۷۹۴	۷۷/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱/۰
	گروه**دوره	۳۸۶/۵۲۹	۲	۱۹۳/۲۶۵	۳۳/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱/۰
	خطا	۲۷۵/۱۷۶	۴۸	۵/۷۳۳				
	گروه	۹۳۸/۹۱۵	۲	۴۶۹/۴۵۸	۴/۴۱	۰/۰۱۷	۰/۱۵	۰/۷۳
	خطا	۵۱۰۶/۳۱۴	۴۸	۱۰۶/۳۸۲				
اختلال در تنظیم هیجان	دوره	۷۶۳/۱۴۷	۱	۷۶۳/۱۴۷	۲۲۱/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱/۰
	گروه**دوره	۴۸۲/۸۲۴	۲	۲۴۱/۴۱۲	۷۰/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱/۰
	خطا	۱۶۵/۵۲۹	۴۸	۳/۴۴۹				
	گروه	۱۴۷۲/۴۰۵	۱	۷۳۶/۲۰۳	۱۰/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۰/۹۸
	خطا	۳۴۳۱/۷۶۵	۴۸	۷۱/۴۹۵				

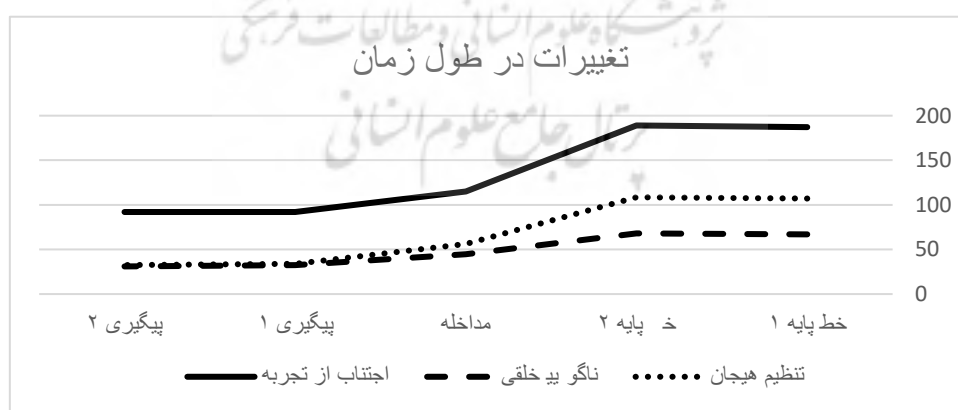
براساس جدول ۴ در پس آزمون و پیگیری، میانگین متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه در انتظار درمان به طور معناداری کاهش یافته است. همچنین، اثربخشی تنظیم هیجان بر کاهش علائم اضطراب در پیگیری بیشتر از چشم‌انداز زمان و اثربخشی تنظیم هیجان بر کاهش نمرات اختلال در تنظیم هیجان در پس آزمون و پیگیری بیشتر از چشم‌انداز زمان بوده است.

جدول ۴: درصد بهبودی و اندازه اثر کوهن در متغیرهای اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی و تنظیم هیجان

شرکت متغیر کننده	میانگین خط پایه	مداخله	% بهبود مداخله	اندازه اثر مداخله	میانگین پیگیری	% بهبود پیگیری	اندازه اثر پیگیری	محفظة ثبات
۱	۱۸۰/۰۰	۹۴/۰۰	۴۷%	**۲/۷۰	۷۷/۰۰	۵۷%	**۳/۲۶	۹۶/۲۵ - ۵۷/۷۵
اول ۲	۶۶/۰۰	۴۱/۰۰	۳۸%	**۲/۳۸	۳۳/۵۰	۴۹%	**۲/۷۸	۴۱/۸۸ - ۲۵/۱۲
۳	۱۰۰/۰۰	۵۲/۰۰	۴۸%	**۲/۷۸	۳۴/۰۰	۶۶%	**۲/۹۸	۴۲/۵۰ - ۲۵/۵۰
دوم ۱	۱۸۲/۰۰	۱۲۰/۰۰	۳۴%	**۲/۱۴	۹۴/۰۰	۴۸%	**۲/۶۷	۱۱۷/۵۰ - ۷۰/۵۰
	۶۶/۰۰	۴۶/۰۰	۳۰%	**۲/۰۰	۳۲/۰۰	۵۱%	**۲/۱۱	۴۰/۰۰ - ۲۴/۰۰

۴۸/۷۵ - ۲۹/۲۵	**۳/۸۸	٪.۶۴	۳۹/۰۰	**۲/۸۵	٪.۴۹	۵۶/۰۰	۱۱۱/۰۰	۳	
۱۳۰/۰۰ - ۷۸/۰۰	*۱/۰۹	٪.۴۸	۱۰۴/۰۰	**۲/۳۵	٪.۳۶	۱۲۸/۰۰	۲۰۰/۰۰	۱	
۳۸/۷۵ - ۲۳/۲۵	**۲/۸۴	٪.۵۵	۳۱/۰۰	**۲/۵۳	٪.۳۹	۴۲/۰۰	۶۹/۰۰	۲	سوم
۱۱۲/۵۰ - ۶۷/۵۰	**۳/۴۴	٪.۶۷	۳۶/۵۰	**۳/۰۰	٪.۵۱	۵۵/۰۰	۱۱۳/۰۰	۳	
۱۷۱/۷۵ - ۱۰۲/۷۵	**۳/۳۸	٪.۵۹	۷۴/۵۰	**۲/۷۸	٪.۴۸	۹۵/۰۰	۱۸۵/۰۰	۱	
۷۱/۷۵ - ۴۲/۲۵	**۲/۶۹	٪.۵۰	۳۳/۰۰	**۲/۲۲	٪.۳۳	۴۵/۰۰	۶۷/۰۰	۲	چهارم
۹۸/۷۵ - ۵۱/۲۵	**۲/۹۰	٪.۶۹	۳۱/۵۰	**۲/۵۳	٪.۴۳	۵۸/۰۰	۱۰۲/۰۰	۳	
۱۹۶/۲۵ - ۱۱۷/۷۵	*۲/۳۲	٪.۴۶	۹۷/۵۰	**۱/۹۸	٪.۳۱	۱۲۵/۰۰	۱۸۲/۰۰	۱	
۶۱/۷۵ - ۴۱/۲۵	**۲/۳۷	٪.۴۷	۳۵/۰۰	**۲/۲۲	٪.۳۳	۴۵/۰۰	۶۷/۰۰	۲	پنجم
۱۰۸/۷۵ - ۶۵/۲۵	**۳/۷۰	٪.۶۶	۳۶/۵۰	**۲/۷۲	٪.۴۷	۵۸/۰۰	۱۱۰/۰۰	۳	
۲۱۸/۷۵ - ۱۳۱/۲۵	*۲/۷۰	٪.۴۷	۱۰۴/۰۰	**۲/۷۰	٪.۳۵	۱۲۸/۰۰	۱۹۹/۰۰	۱	
۷۳/۷۵ - ۴۴/۲۵	*۲/۸۹	٪.۵۷	۲۹/۵۰	**۲/۷۰	٪.۳۵	۴۵/۰۰	۶۹/۰۰	۲	ششم
۱۲۲/۵۰ - ۷۳/۵۰	**۳/۹۲	٪.۶۹	۳۳/۵۰	**۲/۸۹	٪.۴۹	۵۶/۰۰	۱۱۰/۰۰	۳	

در نمودار (۱) درصد داده‌های درون محفظه ثابت (بین ۶۰ تا ۱۰۰ درصد) نشان‌دهنده شدت تغییرات در درمان می‌باشد. شاخص اندازه اثر بر اساس داده‌های ناهمپوش (PND) به معنی تعداد نقاطی است که پایین‌تر از خط پایه قرار دارند (تیلمن و برنز، ۲۰۰۹). همانطور که مشاهده می‌گردد، کلیه نقاط مربوط به سنجش و پیگیری، پایین‌تر از خط پایه قرار دارند و مداخله بالاترین اندازه اثر را بر اساس داده‌های ناهمپوش دارا بوده است.



نمودار ۱: روند تغییرات اجتناب از تجربه، ناگروبی خلقی و تنظیم هیجان در طول زمان

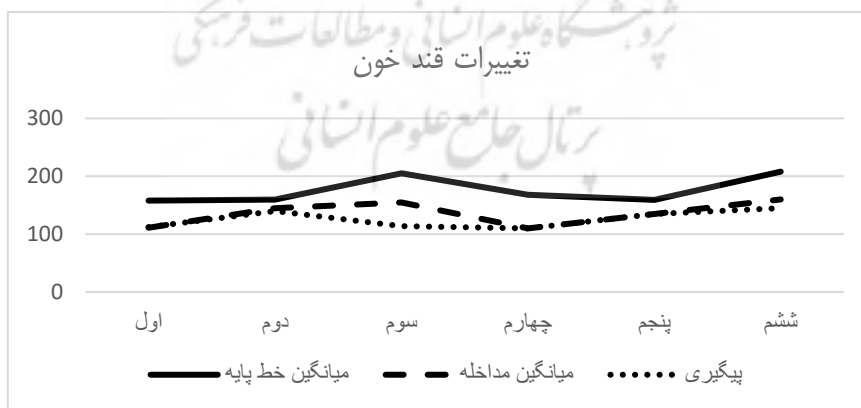
۴۴..... تاثیر درمان پذیرش و تعهد بر اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی و تنظیم هیجان مبتلایان...

در جدول ۴) ابتدا دو خط پایه از شرکت کنندگان گرفته شده و میانگین آنها به عنوان نمره دقیق خط پایه ارائه گردیده است. سپس نمرات قند خون هر جلسه به صورت میانگین مداخله و میانگین دو پیگیری ارائه گردیده است.

جدول ۴: درصد بهبودی و اندازه‌اثر کوهن و داده‌های ناهمپوش در رابطه با قندخون شرکت کنندگان

شرکت کننده	میانگین خط پایه	میانگین مداخله	انحراف معیار	%بهبود مداخله	اندازه اثر سنجش	میانگین پیگیری	%بهبود پیگیری	اندازه اثر پیگیری	محفظه نبات
اول	۱۵۸/۰۰	۱۱۱/۰۰	۱۲/۲۲	۳۰٪	*۲/۰۰	۱۱۲/۰۰	۲۹٪	*۱/۹۸	۱۰۹/۵۰-۷۰/۵۰
دوم	۱۶۰/۰۰	۱۴۵/۰۰	۱۵/۲۳	۱۰٪	۰/۴۷	۱۴۰/۰۰	۱۲٪	۰/۵۹	۱۷۵/۰۰-۱۰۵/۰۰
سوم	۲۰۵/۰۰	۱۵۵/۰۰	۱۰/۱۱	۲۴٪	۰/۹۰	۱۱۴/۰۰	۴۴٪	*۲/۷۲	۱۸۱/۲۵-۱۰۸/۷۵
چهارم	۱۶۸/۰۰	۱۱۰/۰۰	۱۰/۴۱	۳۴٪	*۲/۲۵	۱۱۰/۰۰	۳۴٪	*۲/۲۵	۱۱۸/۷۵-۷۱/۲۵
پنجم	۱۵۹/۰۰	۱۳۵/۰۰	۱۱/۵۰	۱۶٪	۰/۸۷	۱۳۵/۰۰	۱۶٪	۰/۸۷	۱۶۸/۷۵-۱۰۱/۲۵
ششم	۲۰۸/۰۰	۱۶۰/۰۰	۱۰/۵۵	۲۳٪	۱/۱۵	۱۴۵/۰۰	۳۰٪	*۲/۰۰	۱۸۷/۵۰-۱۱۲/۵۰

همانطور که در نمودار ۲) مشاهده می‌گردد، قندخون تغییر چشمگیری نموده، و در مراحل پیگیری، ثابت مانده یا کاهش یافته‌است. طبق شاخص اندازه‌اثر براساس داده‌های ناهمپوش^۱ (PND) نقاط در مرحله پیگیری پایین‌تر یا تماس با سنجش می‌باشند. این نشان دهنده اندازه اثر متوسط در تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سطح قندخون می‌باشد. با توجه به نمرات اندازه‌اثر کوهن، تغییرات معنی‌داری در قندخون شرکت کنندگان از خط پایه تا پیگیری دیده می‌شود.



نمودار ۲: تغییرات قند خون شرکت کنندگان از خط پایه تا پیگیری

بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی این پژوهش بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی و تنظیم هیجان در بیماران دیابت نوع یک بود. یافته‌های بدست آمده در زیر به تفکیک مورد بررسی قرار گرفته‌اند:

درمان مذکور درخصوص تأثیر بر اجتناب از تجربه، به شرکت‌کنندگان کمک کرد تا بتوانند به سطح پذیرش نسبت به شرایط بیماری خود برسند و با استفاده از راهبردهای جلسات، توانستند از رفتارهای اجتنابی رهایی یابند. هدف درمان مذکور گشودگی نسبت به تجربه، پذیرش رویدادهای ناخوشایند، افکار و احساسات است. با توجه به یافته‌های مایورا و همکاران (۲۰۲۲)، اجتناب رفتاری یک راهبرد ناکارآمد است که افراد را مستعد آسیب‌های روانی و افزایش اضطراب، افسردگی و عدم انعطاف پذیری روان‌شناختی می‌کند؛ در نتیجه مشکلات بسیاری در عملکرد بوجود می‌آورد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب رهایی از باورهای ناکارآمد می‌شود و شرایط را برای همجوشی‌زادی فراهم می‌نماید. با بکارگیری تمرینات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جلسات، شاهد کاهش اجتناب رفتاری و تأثیر معنی‌دار این درمان بوده‌ایم. همسوبا این یافته، نیکولاس و همکاران (۲۰۲۰) نیز در مطالعات خود نشان دادند که مداومت بر تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب رفتاری به صورت مؤثری تأثیرگذار است. طبق مطالعات مایا و همکاران (۲۰۲۰) نیز، درمان اجتناب از تجربه می‌تواند، آسیبهای ناشی از فشار روانی را کاهش دهد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی خلقی و تنظیم هیجان بیماران مبتلا به دیابت نیز تأثیر معنی‌دار دارد. همسو با این یافته‌ها، مطالعات میسنا و همکاران، (۲۰۲۱) و استوارد و همکاران، (۲۰۲۱) مطرح نمودند ناگویی خلقی از طریق تأثیرگذاری بر شناسایی و توصیف احساسات و تفکر عینی بر سطوح سلامت روان‌شناختی افراد اثر گذاشته است. نتایج ذکر شده با مطالعه برومیر (۲۰۲۱) از این جهت که مشکلات روان‌شناختی مانند ناگویی خلقی و ضعف در تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به دیابت، می‌تواند آنان را به سوی غفلت از برنامه‌های درمانی و راهبردهای خودمراقبتی هدایت کند، همسویی نشان می‌دهد. در حالی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب تقویت قدرت توجه غیرقضاوتی نسبت به افکار و تصویرهای ذهنی می‌شود که به دنبال آن، افزایش سطح سلامت روان و کاهش در عدم ابراز احساسات، رخ می‌دهد. به نظر می‌رسد، ناگویی خلقی و ابرازگری هیجانی در بروز علائم جسمانی‌سازی نقش قابل توجهی داشته‌اند. همینطور نشانه‌های جسمانی‌سازی و دچار شدن به بیماری‌های خاص را می‌توان به نوعی مشکل در مطرح کردن عواطف و هیجان‌ها دانست که این مسئله با استفاده از تکنیک‌های درمان، مرتفع شده

۴۶..... تاثیر درمان پذیرش و تعهد بر اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی و تنظیم هیجان مبتلایان...

است. پیگیری‌ها مؤید این مسئله بودند که درمان، بر کاهش افکار ناکارآمد در بیماران مبتلا به دیابت مؤثر بوده‌است. جهت تبیین تأثیر این درمان می‌توان گفت که با بهره‌گیری از تکنیک‌های موجود در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله تکنیک پذیرش، موجبات تمایل به تجربه دشواری‌ها و رخداد‌های ناخوشایند بدون هرگونه مقاومت و ایستادگی در مقابل کشمکش‌های روزمره فراهم آمد. بر این اساس، افراد بر این باورند که قوای مقابله با مسائل زندگی را خواهند داشت. در روند درمان مشاهده شد که در اثر آموزش‌های این درمان، ابتدا شاهد کاهش پریشانی، اجتناب و ترس از چالش‌های زندگی روزمره و در نهایت کم شدن ناگویی خلقی بودیم. درمان ACT تغییرات قابل توجهی را در پذیرش، گسلش شناختی و مهارت‌های ذهن آگاهی در جهت بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ایجاد کرده است. عدم توانایی در تشخیص احساسات، مشکلات عمده‌ای بر عملکرد شناختی و عاطفی به وجود می‌آورد. مطابق با توضیحات و یافته‌های ارائه‌شده می‌توان ادعا کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دشواری در شناسایی احساسات تأثیر معنی‌دار دارد. مداومت بر درمان و تمرینات آن، شرایط لازم را برای این امر مهیا می‌سازد.

تنظیم هیجان از جمله اهداف مهم دیگر در این مطالعه بود که تکنیک‌های مختلف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر قابل توجهی بر آنها و آگاهی افراد از تجارب خود داشته‌است. این درمان، زمینه لازم را برای نگرشی مثبت نسبت به تجربه‌های ناخوشایند هیجانی به وجود می‌آورد. از جمله تکنیک دیگر این درمان، انجام اعمال متعهدانه و وضوح ارزش‌ها است. ما در جلسات درمانی به ترغیب شرکت‌کنندگان جهت تشخیص ارزش‌ها، اعمال و اهداف در ضمن متعهد شدن نسبت به هدف‌های تعیین شده پرداختیم. این روند موجب شد تا افراد از محاصره احساسات و افکار ناخوشایند رها شده و اضطراب، افسردگی و ناامیدی نسبت به بهبود کم‌رنگ‌تر شوند. این یافته با پژوهش کای و همکاران (۲۰۲۱) و کاتو و همکاران (۲۰۱۹) از این جهت که بیماران مبتلا به بیماری دیابت می‌توانند با تنظیم علائم هیجانی، سطح قند خون را کنترل کرده و عواقب ناخوشایند و خطرناک بیماری را کاهش دهند، همسو بوده است. در تبیین این یافته می‌توان اینگونه گفت که اصلاح مدل‌های ذهنی در خصوص تجربه‌های هیجانی، که یکی از تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد، موجب شد تا علائم هیجانی سریع‌تر شناسایی شده و افراد بتوانند در پذیرش، کنترل و مدیریت آنها اقدام کنند. این یافته با یافته‌های لورنزو و همکاران (۲۰۲۰) که مطرح نمودند اصلاح مدل ذهنی، سلامت را در افراد ارتقاء می‌دهد، همسو می‌باشد.

بطور خلاصه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی و تنظیم هیجان مبتلایان به دیابت نوع یک تأثیرگذار بود. در عین حال، اندازه‌گیری‌های مکرر سطح قندخون نیز نشان داد که اصلاح مولفه‌های روان‌شناختی همچون پذیرش

تجارب زندگی، عدم خودخوری، ابراز عواطف و احساسات، گفتگو کردن و همچنین ابراز درست هیجان می‌تواند گام مهمی در کنترل بیماریهای متابولیک بردارند. از طریق نتایج این مطالعه می‌توان دریافت، عوامل روان‌شناختی، بسیار بیش از آنچه تاکنون فکر می‌کردیم در درمان بیماری‌های فیزیولوژیک موثرند و با درمان آنها می‌توان بهبود بیماری‌های فیزیولوژیک را تسریع نمود. یکی از نقاط قوت در این مطالعه، بررسی دقیق شش شرکت‌کننده مبتلا به دیابت نوع یک، در سطح اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی، تنظیم هیجان و قندخون بود که به نوبه خود منجر به دستیابی به حجم اثر بالا در نتایج مطالعه گردید. از طرفی، پیگیری یک ماهه و سه ماهه نشان داد، درمان این فرآیندهای روان‌شناختی، بر کنترل سطح قندخون نیز موثر است و احتمالاً بیمار را جهت کنار آمدن با این عارضه و درمان آن توانمندتر می‌سازند. اما این مطالعه دارای محدودیت‌هایی بود که امید است در مطالعات بعدی مورد توجه قرار گیرند. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم بررسی گروه کنترل بود. مطالعات تک‌نمونه‌ای، گرچه اطلاعات دقیقی به دست می‌دهند، اما امکان تعمیم به گروه‌های بزرگ را با محدودیت مواجه می‌سازند. در راستای نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود که طرح‌های آزمایشی با گروه‌های هم‌تا در بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ویژگی‌های روان‌شناختی اجرا گردند. لازم به توضیح است که بررسی‌های بیوفیدبک در روند درمان می‌تواند عملکرد مغز و تغییرات ناشی از درمان را نیز نمایان سازند. مطابق با یافته‌های مطالعه حاضر، توجه به مؤلفه‌هایی چون ناگویی خلقی، اجتناب از تجربه و در نهایت تنظیم هیجان در برنامه‌های مراقبتی می‌تواند مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت را مرتفع سازد و سطح کیفیت زندگی ایشان را ارتقا دهد.

تشکر و قدردانی: بدینوسیله از شرکت‌کنندگان و کادر درمانی که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

منابع

- بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۲). مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو: پرسشنامه، روش اجرا و نمره‌گذاری، (نسخه فارسی). فصلنامه روانشناسی تحولی؛ ۱۰(۳۷)، ۹۰-۹۲.
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۵). پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: روش اجرا و نمره‌گذاری. فصلنامه روانشناسی تحولی؛ ۱۳(۵۰)، ۲۲۱-۲۲۳.
- عباسی، ایمانه؛ فتی، لادن؛ مولودی، رضا؛ ضرابی، حمید. (۱۳۹۱). کفایت روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم. فصلنامه علمی - پژوهشی روشها و مدل‌های روان‌شناختی؛ ۳(۱۰)، ۶۵-۸۰.

Abasi, I., Fatta, L., Moloudi, R., & Zarrabi, H. (2011). Psychometric adequacy of the Persian version of the admission and practice questionnaire - second edition. *Journal of Psychological Methods and Models*; 3(10), 65-80. [Text in Persian]

- Bagby, R., Taylor, G., & Parker, J. (1994). The Twenty-item Toronto alexithymia scale: Convergent, discriminant and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*; 38(7), 33-40
- Besharat, M. A. (2012). Toronto emotional dysfunction scale: Questionnaire, execution method and scoring, (Persian version). *Journal of Developmental Psychology*; 10(37), 90-92. [Text in Persian]
- Besharat, M. A. (2015). Cognitive emotional regulation scale: Execution method and scoring. *Journal of Developmental Psychology*; 13(50), 221-223. [Text in Persian]
- Blanchard, E. B., Schwarz, S. P. (1988). Clinically significant changes in behavioral medicine. *Journal of Behavioral Assessment*, 10(5), 171-188.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R., D. (2011). Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire - II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*; 24(4), 676-688.
- Bremner, J. D. (2021). Isotretinoin and neuropsychiatric side effects: Continued vigilance is needed, *Journal of Affective Disorders Reports*; 6, 100230-100245.
- Cai, T., Verze, P., & Jhansen, T. B. E. (2021). The quality of life definition: Where are we going? *Journal of URO/MDPI*; 1, 14-22.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (second ed). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Eghrari, E., Bayazi, M. H., & Rajayi, A. R., (2021). Comparing of the effects of acceptance and commitment therapy and emotion regulation training on diabetes Empowerment. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 7(1), 55-64.
- Fogelkvist, M., Gustafsson, S. A., Kjellin, L., & Parling, T. (2020). Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Body Image*; 32(2020), 155-166.
- Gamez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., & Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: The multidimensional experiential avoidance questionnaire. *Journal Psychological Assessment*; 23(3), 692-713.
- Garnefski, N., & Kraaij, K. (2016). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. *Journal Cognition and Emotion*, 32(6), 1401-1408.
- Hayes, S. (2019). Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *Journal Behavior Modification*; 18(2), 226-227.
- Kato, E., Silverman, M., & Mosenzon, A. (2019). Effect of dapagliflozin on heart failure and mortality in type 2 diabetes mellitus. *Journal Circulation*; 22(2), 2528-2536.
- Long, N. G., Kim, E. S., Chen, Y., Wilson, M. F., Everett, L., Tyler W., & Vanderweele, J. (2020). The role of Hope in subsequent health and well-being for older adults: An outcome-wide longitudinal approach. *Global Epidemiology*; 2(2020), 100018-100035.
- Lorenzo, P., Milvia, C., & Guendalina, G. (2020). Measuring the quality of life in diabetic patients: A scoping review. *Journal of Diabetes Research*; 14(3), 26-50.
- Matthew, C. (2020). Diabetes care: Following and leading the stories of diabetes. *American Journal Diabetes Association, Diabetes Care*; 43(5), 3-4.
- Martino, G., Caputo, A., Vicario, C., Catalano, A., Schwarz, P., & Quattropiani, M. (2020). Relationship between alexithymia and type 2 diabetes: A systematic review. *Frontiers in Psychology*; 11(202), 1-21.

- Maya, A., Stefan, G., & Idan, M. (2020). I'm not feeling it: Momentary experiential avoidance and social anxiety among individuals with social anxiety disorder. *Journal Behavior Therapy*; 52(7), 183-194.
- Mayorga, N.A., Manning, K.F., Garey, L. (2022). The role of experiential avoidance in terms of fatigue and pain during COVID-19 among latinx adults. *Cognitive Therapy Research* 46(1), 470-479.
- Messina, I., Alessandro, G., & Viviani, R. (2021). Neurobiological models of emotion regulation: a meta-analysis of neuroimaging studies of acceptance as an emotion regulation strategy. *Journal Social Cognitive and Affective Neuroscience*; 16(3), 257-267.
- Nicholas, C., Rorgogna, C., Berry, A., Emma, C., & Jose, G. (2020). A multicultural examination of experiential avoidance: AAQ-II measurement comparisons across Asian American, Black, Latinx, Middle Eastern, and White college students. *Journal of Contextual Behavioral Science*; 16(1), 1-8.
- Seo, S., Chung, U., Rim, H., & Jeong, S. (2009). Reliability and validity of the 20-Item Toronto alexithymia scale in Korean adolescents. *Psychiatry investigation Journal*; 6(1), 173-179.
- Southward, M., Sauer, S., & Cheavens, J. (2021). Specifying the mechanisms and targets of emotion regulation: A translational framework from affective science to psychological treatment. *Journal Clinical Psychology*, 34(4), 55-65.
- Tillman, C. R., & Burns, M. K. (2009). *Evaluating educational interventions single-case design for measuring response to intervention*. New York & London: Guilford Press.



© 2022 Alzahra University, Tehran, Iran. This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International (CC BYNC4.0 license) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی