

Comparison of the effectiveness of commitment and acceptance therapy and self-compassion therapy on distress tolerance and eating behavior in patients with type 2 diabetes

Sadaf Mafhoom¹, Fatemeh Mohammadi Shirmahaleh^{2*}, Mehdi Dehestani³, Parisa Peivandi⁴

1- PhD student in health psychology, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, (Corresponding Author). Email: m_mohammadi1352@yahoo.com.

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

4- Assistant Professor, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Received:21/04/2023

Accepted: 09/10/2023

Abstract

Introduction: Body mass index in patients with diabetes is influenced by health promoting behaviors, distress tolerance and eating behavior, and changes in them may cause changes in the condition of diabetic patients.

Aim: The purpose of this study was to compare the effectiveness of commitment and acceptance therapy and self-compassion therapy on distress tolerance and eating behavior in patients with type 2 diabetes.

Methods: The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test-follow-up design with the control group and the statistical population of this research including all overweight people with a body mass index of 25-35 referring to the research laboratory of Tehran in the fall and winter of 2021, among them, 45 people were selected using available sampling method. They were randomly divided into two experimental and control groups. The pre-test, post-test, and follow-up research tools were the Distress Tolerance Scale by Simons & Gaher and the Three-Factor Eating Questionnaire by Cappelleri et al. (2009). After the 8 sessions of 90-minute acceptance and commitment-based therapy and the 8 sessions of 90-minute self-compassion therapy, research data were analyzed using variance analysis with repeated measurements.

Results: The results showed no difference between the effectiveness of commitment and acceptance therapy and self-compassion therapy on distress tolerance and eating behavior in patients with type 2 diabetes ($P<0.05$).

Conclusion: The results of the present study showed that acceptance and commitment therapy and self-compassion therapy are effective treatments in reducing the psychological problems of overweight people, including eating behavior and distress intolerance.

Keywords: distress, commitment and acceptance, self-compassion, diabetes, eating

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان خودشفقت‌ورزی بر تحمل‌پریشانی و رفتار خوردن در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

صدف مفهوم^۱، فاطمه محمدی شیرمحله^۲، مهدی دهستانی^۳، پریسا پیوندی^۴

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۲. استادیار گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران (نویسنده مسئول). ایمیل: m_mohammadi1352@yahoo.com

۳. دانشیار گروه روانشناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

۴. استادیار گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۷/۱۷

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۲/۰۱

چکیده

مقدمه: شاخص توده بدنی در بیماران مبتلا به دیابت تحت تأثیر رفتارهای ارتقادهنده سلامت، تحمل‌پریشانی و رفتار خوردن قرار دارد و تغییر در آن‌ها ممکن است موجب تغییر در وضعیت بیماران دیابتی شود.

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان خودشفقت‌ورزی بر تحمل‌پریشانی و رفتار خوردن در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بود.

روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه گواه و جامعه آماری این پژوهش شامل تمام افراد دارای اضافه وزن با شاخص توده بدنی ۲۵-۳۵ مراجعه‌کننده به آزمایشگاه تحقیق شهر تهران در پاییز و زمستان سال ۱۴۰۰ بود که از میان آن‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۵ نفر انتخاب شدند که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. ابزار پژوهش جهت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مقیاس تحمل‌پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) و پرسشنامه سه عاملی رفتار خوردن کاپلری و همکاران (۲۰۰۹) بود. پس از اجرای ۸ جلسه، ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ۸ جلسه، ۹۰ دقیقه‌ای درمان خودشفقت‌ورزی، داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان خودشفقت‌ورزی بر تحمل‌پریشانی و رفتار خوردن در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ تفاوتی وجود ندارد ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان پذیرش و تعهد و درمان خودشفقت‌ورزی، درمان‌هایی اثربخش در کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد دچار اضافه وزن اعم از رفتار خوردن و عدم تحمل‌پریشانی هستند.

کلیدواژه‌ها: پریشانی، تعهد و پذیرش، خوردن، خودشفقت‌ورزی، دیابت

مقدمه

دیابت^۱ یک اختلال در متابولیسم (سوخت و ساز) بدن است (داس ناندی^۲ و همکاران، ۲۰۲۳) که عواملی همچون، عوامل ژنتیکی و محیطی، در بروز آن نقش دارند (سرنیواسان و تود^۳، ۲۰۲۲). در حالت طبیعی، غذا در معده تبدیل به گلوکز یا قند خون می‌شود. قند از معده وارد جریان خون می‌شود، لوزالمعده (پانکراس) هورمون انسولین را ترشح می‌کند و این هورمون، باعث می‌شود، قند از جریان خون وارد سلول‌های بدن شود، در نتیجه، مقدار قند خون در حد طبیعی و متعادل باقی می‌ماند (کارلسون^۴، ۲۰۱۹)؛ اما در بیماری دیابت، انسولین به میزان کافی در بدن وجود ندارد و یا انسولین موجود، قادر نیست تا وظایف خود را به درستی انجام دهد، در نتیجه، به علت وجود مقاومت در برابر آن، قند خون نمی‌تواند به طور مؤثری، وارد سلول‌های بدن شود و مقدار آن بالا می‌رود (مکالا و برتونی^۵، ۲۰۲۰).

سطح بالای خوردن هیجانی^۶ در افراد دارای اضافه وزن در بلند مدت با واکنش‌پذیری کمتر به گرسنگی و سیری درونی مرتبط است. انواع مختلفی از رفتارهای خوردن تشخیص داده شده‌اند که شامل خوردن کنترل نشده، خوردن هیجانی و خویش‌داری در خوردن است (شهسواری و همکاران، ۲۰۱۷). افراد با سطوح پایین‌تر تحمل پریشانی^۷ ممکن است در معرض پاسخ ناسازگارانه نظیر رفتارهای ناسالم خوردن در پاسخ به پریشانی و شرایط برانگیزاننده پریشانی باشند (پارسامنش و همکاران، ۲۰۱۷). طبق نظر، دکانی و همکاران (۲۰۲۱)

بیماران مبتلا به دیابت با تحمل پریشانی پایین، به این حقیقت واقف هستند که نمی‌توانند احساس ناراحتی را تحمل کرده و فکر می‌کنند که دیگران امکانات بهتری برای مقابله با هیجان‌های منفی دارند. این افراد همچنین برای اجتناب از تجربه‌های هیجانی منفی به سختی تلاش می‌کنند. در صورتیکه اجتناب مقدور نباشد آن‌ها در تلاش برای برطرف کردن حالت هیجانی آزارنده به روش‌های ناسالمی روی می‌آورند؛ این راهکارهای ناسالم به احتمال قوی انرژی آن‌ها را کاهش داده و این کار در نهایت کارکردهای جسمانی، روانی و اجتماعی آن‌ها را مختل می‌سازد. در نتیجه این افراد ممکن است برای اجتناب از احساس‌های منفی یا حالت‌های آزارنده مربوط به رفتارهای ناسالم رو بیاورند. در مقابل، افراد با سطوح بالاتر تحمل پریشانی، ممکن است بیشتر قادر باشند که به پریشانی و شرایط برانگیزاننده پریشانی پاسخ انطباقی دهند (زولنسکی^۸ و همکاران، ۲۰۱۰).

تاکنون درمان‌های متعددی جهت بهبود علائم روان-شناختی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ پیشنهاد شده است که از میان آن‌ها می‌توان به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۹ و درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی^{۱۰} (خلعتری و همکاران، ۲۰۲۰)؛ کرگ^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۱) اشاره کرد. خوردن هیجانی در پاسخ به مشکلات شناختی و هیجانی و بدون خودکنترل‌گری بر اساس نظریه فرار شکلی از الگوهای رفتاری اجتنابی است (فناپی و سجادیان، ۲۰۱۶)؛ بدین ترتیب به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۱۲} می‌تواند در زمینه کاهش وزن و کاهش خوردن هیجانی

1. diabetes

2. DasNandy, A.

3. Srinivasan, S., & Todd, J.

4. Carlson, B. M.

5. Mekala, K. C., & Bertoni, A. G.

6. emotional feeding

7. distress tolerance

8. Zvolensky, M. J.

9. acceptance and commitment therapy

10. self-compassion-focused therapy

11. Gregg, J. A.

12. acceptance and commitment therapy

گرمی و پذیرش جنبه‌هایی از خود و زندگی متمرکز است، به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان خودشفقت‌ورزی هر دو می‌توانند رفتارهای ناسالم را که در بیماران دیابتی دارای اضافه وزن رایج است را معکوس ساخته و منجر به افزایش رفتارهای خودمراقبتی شوند؛ به هر حال تاکنون چنین مقایسه‌ای در راستای افزایش اثربخشی کارآمدی این درمان‌ها، صورت نپذیرفته است (پناهی و همکاران، ۲۰۲۱).

درمان خودشفقت‌ورزی موجب می‌شود افراد شرایط و رابطه با خودشان را درک کنند و بدین وسیله احساس بهتری نسبت به خود داشته باشند. این امر می‌تواند این‌گونه اتفاق بیفتد که کسی که شفقت به خود بالایی دارد تعادل بیشتر یا نگاه ذهن آگاهانه متوازن‌تری به شرایطش دارد (میلارد^۴ و همکاران، ۲۰۲۳) و می‌تواند با نقص‌ها یا کمبودهایش بهتر کنار بیاید و در جهت کاهش وزن و دستیابی به وزن ایده آل بکوشد (کارتر^۵ و همکاران، ۲۰۲۳). بر اساس اصول درمان خودشفقت-ورزی زمانی که افراد نسبت به افکار دردناک خود ذهن آگاه نیستند، تجاربشان را همان طور که هستند نمی‌پذیرند و این عدم پذیرش می‌تواند خود را به صورت ممانعت از آوردن این افکار به هشیاری نشان دهد. وقتی که هیجان‌ات منفی در ارتباط با شکست‌ها یا نقایص شخصی باشد، یک تمرکز بیش از اندازه بر ارزش شخص می‌شود که به انتقاد و قضاوت سخت‌گیرانه خود می‌انجامد (گیلبرت^۶، ۲۰۱۰).

برخی از پژوهش‌ها نیز به مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی در

بیماران مبتلا به دیابت کمک‌کننده باشد (کرگ و همکاران، ۲۰۱۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رویکرد رفتاری نوینی است که با ترکیب پذیرش و ذهن آگاهی^۱ به افراد کمک می‌کند از افکار و احساسات دشوار رها شوند و به این ترتیب پرداختن به الگوهای رفتاری را که به‌وسیله ارزش‌های شخصی هدایت می‌شوند، تسهیل می‌کند (لیو^۲ و همکاران، ۲۰۲۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل ساز و کارهایی که در بطن خود دارد می‌تواند به فرد کمک کند در عوض اجتناب و سرکوب هیجان‌های ناخوشایند آن‌ها را بپذیرند و سپس به تنظیم آن‌ها بپردازند (گلد و واترل^۳، ۲۰۲۲).

در مقابل، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش نیز ترکیبی از ذهن آگاهی، پذیرش، تعهد و تغییر رفتار است و هدف کلی آن در نهایت رسیدن به انعطاف‌پذیری روانی است به گونه‌ای که نیاز به حذف یا از بین بردن احساس بد نباشد، بلکه به رغم وجود این احساس فرد به سوی رفتار مبتنی بر ارزش‌اندیشیده حرکت کند؛ به طوری که فرد بتواند ارزش‌های خودش را روشن کند، درباره آن‌ها بیندیشد تا به زندگی خود معنا ببخشد و انعطاف‌پذیری روانی‌اش را افزایش دهد و بدین ترتیب عمل متعهدانه در جهت رسیدن به ارزش‌ها را در پیش بگیرد (گلد و واترل، ۲۰۲۲). افزون بر آن اصول مداخله درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، تجارب درونی و بیرونی و تعهد به ارزش‌هاست که می‌تواند رفتارهای خودمراقبتی ضعیف بیماران دیابتی را بیش از پیش نشانه بگیرد؛ لذا با توجه به اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر بر پذیرش تجارب درونی و پابندی بر تعهدات بیرونی و درمان خودشفقت‌ورزی بر

4. Millard, L. A.

5. Carter, A.

6. Gilbert, P.

1. mindfulness

2. Liu, H.

3. Gould, R. L., & Wetherell, J. L.

جمعیت‌های مختلف پرداخته‌اند. در همین راستا، ساسانی و همکاران (۲۰۲۰) عنوان داشتند که خودشفقت‌ورزی به فرد کمک می‌کند تا از انزوایی که به واسطه شرم ناشی از شرایط چاقی و اضافه وزن و سبب شده او از نظر اجتماعی در معرض طرد و تمسخر قرار بگیرد بیرون آمده و ادراک‌های منفی خود را مجدداً و با دید مثبت ارزیابی کند و خود را برای انجام رفتارهای مرتبط با سلامت توانمند سازد. عبدالکریمی و همکاران (۲۰۱۸) نتیجه گرفتند که هر دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان خودشفقت‌ورزی با در نظر گرفتن چندین عامل روان‌شناختی در کسب دوباره وزن، سرزنش و خود انتقادگری که اجتناب مرتبط با وزن را منعکس می‌کند به افراد دچار اضافه وزن کمک می‌کند رفتار خوردن و سبک زندگی سالم‌تری نشان دهند.

به نظر می‌رسد شاخص توده بدنی در بیماران مبتلا به دیابت تحت تأثیر رفتارهای ارتقادهنده سلامت، تحمل پریشانی و رفتار خوردن قرار دارد و تغییر در آن‌ها ممکن است موجب تغییر در وضعیت بیماران دیابتی شود؛ بنابراین از آنجا که پژوهش حاضر در پی یافتن مؤثرترین درمان در بهبود وضعیت بیماران دیابتی بود، هدف پژوهش حاضر پاسخ‌گویی به سؤال مقابل بود: آیا اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و رفتار خوردن در بیماران مبتلا به دیابت متفاوت است؟

روش

هدف پژوهش کاربردی و روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام زنان دارای اضافه

وزن و چاق با شاخص توده بدنی ۲۵-۳۵ (شاخص توده بدنی بالاتر از ۳۵ نیاز به دارو درمانی دارند) مراجعه‌کننده به آزمایشگاه تحقیق شهر تهران در پاییز و زمستان سال ۱۴۰۰ بود. با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد، خطای آلفای ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۷ درصد و اندازه اثر ۰/۴، حجم نمونه مورد مطالعه در این پژوهش ۱۵ نفر تعیین شد؛ بنابراین از جامعه فوق، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس بر اساس معیارهای ورود و خروج ۴۵ نفر انتخاب شدند که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش بیماری دیابت نوع ۲ ثابت شده در فرد؛ شاخص توده بدنی در محدوده ۳۵-۲۵؛ سن ۳۰ تا ۴۰ سال؛ عدم وجود کم‌کاری تیروئید؛ عدم بارداری؛ تحصیلات دیپلم به بالا؛ عدم دریافت همزمان روان‌درمانی یا برنامه دیگر کاهش وزن و ورزش منظم و عدم استفاده از داروهای روان‌گردان یا متاثرکننده وزن بود. معیارهای خروج از پژوهش شدت یافتن بیماری و غیبت بیش از دو جلسه و انصراف از همکاری بود.

نحوه اجرای پژوهش به این شکل بود که پس از اخذ مجوز لازم از دانشگاه آزاد اسلامی، فراخوان شرکت در این پژوهش به همراه شماره تلفن تماس با پژوهشگر در آزمایشگاه تحقیق شهر تهران پخش شد. پس از تماس بیماران و اعلام همکاری و رضایت آگاهانه کتبی، پرسشنامه جمعیت‌شناختی برای بیماران به صورت «برخط» ارسال شد. بدین ترتیب ملاک‌های ورود و خروج بر اساس پاسخ‌های افراد به پرسشنامه جمعیت‌شناختی بررسی شد و در نهایت ۴۵ نفر انتخاب شدند. پس از گمارش تصادفی شرکت‌کننده‌ها، در مرحله بعد،

¹. online

فیشر^۵ و آزمون تعقیبی «بن فرونی^۶» و نرم افزار SPSS-22 استفاده شد.

ابزارها به عنوان پیش‌آزمون بر روی شرکت‌کننده‌های گروه مداخله و کنترل قبل از شروع مداخله به اجرا درآمد. سپس، افراد گروه مداخله تحت جلسات برخط با «پلت فرم^۱» «اسکایپ^۲» آموزش «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» و «درمان خودشفقت ورزی» را دریافت کردند و گروه گواه هیچ نوع مداخله آموزشی دریافت نکرد. در پایان مداخله نیز تمامی شرکت‌کننده‌های ۳ گروه، جهت پس‌آزمون و پس از گذشت ۱ ماه جهت پیگیری پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. کل مدت دوره ۳ ماه به طول انجامید.

در پژوهش حاضر ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. برای رعایت ملاحظات اخلاقی به تمام شرکت‌کننده‌ها این اطمینان خاطر داده شد که تمام اطلاعات حاصل از این مطالعه تنها به منظور ارائه نتایج در رساله است و تمام اطلاعات آن‌ها تا آخر محرمانه باقی خواهد ماند. همچنین، به آن‌ها یادآور شد که هر زمان که مایل بودند می‌توانند از مطالعه خارج شوند. به جهت رعایت اصول اخلاقی گروه گواه نیز از مداخله‌ای مشابه پس از پایان مطالعه بهره‌مند شدند.

در پژوهش حاضر جهت بررسی متغیرهای جمعیت شناختی از روش‌های آمار توصیفی نظیر میانگین و انحراف معیار، جهت مقایسه گروه‌ها به لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی از «تحلیل واریانس یک راه^۳» و جهت تحلیل داده‌ها، آزمون فرضیه‌ها و مقایسه متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری از روش‌های آماری «تحلیل واریانس با طرح اندازه‌گیری مکرر^۴»، «آماره

1. platform

2. Skype

3. one-way ANOVA

4. analysis of variance with repeated measures design

5. Fisher statistic

6. Bonferroni

جدول ۱- پروتکل جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	هدف	محتوا
اول	ایجاد رابطه	آشنایی و معارفه و ایجاد رابطه حسنه، بیان اهمیت و هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. اجرای پرسشنامه‌های پیش‌آزمون. بحث و تبادل نظر درباره اهمیت اقدامات مادران مراقب فرزند بیمار و تأثیرات آن، توضیح و تبیین مفهوم سرکوب عواطف و هیجانات و آثار منفی و منفی سرکوب کردن. تکلیف: تهیه لیست احساسات و هیجانات و گزارش موارد سرکوب شده.
دوم	کاهش تسلط کنترل هیجانی	مرور تکالیف، چگونه نگرانی و اجتناب از مشکلات و مسائل فرزند باعث می‌شود بیشتر به مشکلات او بچسبید. اجرای تمرینات و استعاره‌هایی مانند شخص در گودال، استعاره غذا دادن به ببر، رانندگی با آینه عقب، دور ریختن چیزهای قدیمی خانه برای ورود وسایل جدید، توهم کنترل، پیامدهای کنترل. تکلیف: پیدا کردن اجتناب‌های خود.
سوم	افزایش پذیرش	مرور تکالیف، بحث و تبادل درباره پذیرش مسئله بیماری و مشکلات فرزند. آنچه در کنترل تو نیست را بپذیر و به‌جای سرکوب هیجانات آن‌ها را ابراز و کاملاً لمس کن. تمرین و تکلیف استعاره‌هایی مانند طناب‌کشی با هیولا، همدلی، دعای آرامش، رویدادنگاری، تمرین تماس چشمی، استعاره بچه کج خلق. تکلیف: معلوم کنند چه چیزهایی را باید بپذیرند تا به سمت آنچه برایشان ارزشمند است، حرکت کنند. اجرای برخی استعاره‌ها.
چهارم	افزایش گسلش	مرور تکالیف، تعیین مواردی که بیش از حد به باورها، انتظارات خود بر اساس درست/غلط و خوب/بد چسبیده‌اند. اجرای تمرینات و استعاره‌هایی مانند ترشی، ترشی، تمرین تماشای قطار ذهنی، سربازان در حال رژه، چه کسی مسئول است؟ (شما یا ذهن شما؟) تکلیف: تشریح چند موقعیت از زندگی واقعی: ذهن شما چه می‌گفت؟ تجربه خودتان چه بود؟
پنجم	تماس با زمان حال	مرور تکالیف، صحبت درباره مواردی که با آینده یا گذشته درگیر هستند یا به بیان داستان‌های بی‌حاصل زندگی می‌پردازند. حضور در محیط فعلی، الان چه احساسی داری؟ توجه صرف، تمرین ذهن آگاهی، نگارش واکنش‌های مستمر، تمرین برگ‌ها روی جویبار، آینده- گذشته- حال. تکلیف: اجرای تمرینات ذهن آگاهی در منزل.
ششم	ارتقاء خود به عنوان زمینه شفاف‌سازی ارزش‌ها	مرور تکالیف، تعیین اینکه آیا قادر به تمایز محتوای برانگیزنده و مهیج از خود هستند؟ تمرینات و استعاره‌هایی مانند مشاهده گر، استعاره صفحه شطرنج و اثاثیه در منزل، آیا فاصله‌ای بین رفتارهای فعلی خود و ارزش‌هایش می‌بیند. استعاره سنگ قبر، استعاره تشییع جنازه، اجرای بارش مغزی برای بیان و شفاف‌سازی ارزش‌ها. تکلیف: نوشتن فهرست ارزش‌های زندگی خود، نوشتن آنچه دوست دارید روی سنگ قبر شما نوشته شود.
هفتم	الگوی عمل متعهدانه، کاهش تسلط کنترل هیجانی	مرور تکالیف، آیا درگیر اعمالی هستید که موجب عملکرد موفقیت‌آمیزی است؟ آیا الگوی عمل گام به گام و خاصی را نشان می‌دهند؟ آیا وقتی اقداماتشان با شکست مواجه می‌شود دست به تغییر روش می‌زنند؟ استعاره‌های اسکی به پایین کوه، مسیر پرپیچ و خم و حرکت در جاده، آموزش بخشش تمرین شخص در گودال، استعاره غذا دادن به ببر، رانندگی با آینه عقب، دور ریختن چیزهای قدیمی خانه. تکلیف: انتخاب مواردی از لیست ارزش‌های فرد و تشویق وی به اجرایی کردن آن‌ها در طول هفته بعد.
هشتم	رفع ابهامات و خاتمه	مرور مطالب جلسات قبل و تکالیف، رفع ابهامات و آماده شدن برای پایان جلسات، اجرای پس‌آزمون

جدول ۲- پروتکل جلسات درمان خودشفقت‌ورزی

جلسه	هدف	درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی
اول	آشنایی با اصول کلی	برقراری ارتباط اولیه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی و تمایز شفقت با تأسف برای خود
دوم	آموزش ذهن آگاهی	آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی؛ آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور

	همراه با تمرین و آشنایی با شفقت	را با نگرش همدلانه دنبال کنند و تکالیف خانگی و آشنایی با شفقت
سوم	آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت	آشنایی با چگونگی شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خود تخریبگرانه و شرم، آموزش همدردی؛ و ارائه تکالیف خانگی
چهارم	ترغیب شرکت کنندگان به خودشناسی و بررسی شخصیت خود با توجه به مباحث آموزشی،	مرور تمرین جلسه قبل، درک ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی «پرورش ذهن مشفقانه» کاربرد تمرین‌های نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپ، آموزش بخشایش و تکالیف خانگی
پنجم	تمرین‌های پرورش «ذهن مشوق»	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوانزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل؛ پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف و تکالیف خانگی
ششم	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر مشفقانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای همسر، فرزندان، والدین، دوستان، معلمان و آشنایان، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی و تکالیف خانگی
هفتم	تمرین شفقت‌ورزی	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های مشفقانه برای خود و دیگران، آموزش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در روش آن موقعیت
هشتم	آموزش و تمرین مهارت‌ها و خاتمه	مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به شرکت کنندگان تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند و نهایتاً جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره.

ابزار

(۲۰۰۵) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و

همبستگی منفی معناداری را بین این ابزار با مقیاس عاطفه‌پذیری منفی ($r = -0/59$)؛ مصرف الکل (۰/۲۳) - $r =$ و ماری‌جوآنا ($r = -0/20$) و همبستگی مثبت معناداری را بین این ابزار با مقیاس عاطفه‌پذیری مثبت ($r = 0/26$) گزارش کردند. عزیزی (۲۰۱۰) در هنجاریابی این ابزار که بر روی دانشجویان انجام داده ضرایب آلفای کرونباخ را برای ۴ مؤلفه تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۷، ۰/۷۰ و ۰/۷۵ و همبستگی این ابزار

مقیاس تحمل پریشانی! مقیاس تحمل پریشانی که توسط سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ ساخته شده شامل ۱۵ گویه است و ۴ مؤلفه تحمل^۲؛ ارزیابی^۳؛ جذب^۴ و تنظیم^۵ را در یک طیف لیکرت از کاملاً موافقم=۱ تا کاملاً مخالفم=۵ مورد ارزیابی قرار می‌دهد. گویه ۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. سیمونز و گاهر

1. Distress Tolerance Scale

2. tolerance

3. appraisal

4. absorption

5. regulation

درصد) و ۵ مرد (۳۳/۳۳ درصد) حضور داشتند. در گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) در طبقه سنی ۳۰-۳۵ سال، ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) در طبقه سنی ۴۰-۴۵ سال، ۳ نفر (۲۰ درصد) در طبقه سنی ۴۵-۴۶ سال و ۲ نفر (۱۳/۳۳ درصد) در طبقه سنی ۵۰-۴۶ سال قرار داشتند. در گروه درمان خودشفقت‌ورزی ۶ نفر (۴۰ درصد) در طبقه سنی ۳۰-۳۵ سال، ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) در طبقه سنی ۴۰-۴۵ سال و ۲ نفر (۱۳/۳۳ درصد) در طبقه سنی ۴۶-۵۰ سال قرار داشتند. در گروه گواه ۴ نفر (۴۰ درصد) در طبقه سنی ۳۰-۳۵ سال، ۶ نفر (۲۶/۶۷ درصد) در طبقه سنی ۴۰-۴۵ سال، ۲ نفر (۱۳/۳۳ درصد) در طبقه سنی ۴۶-۵۰ سال قرار داشتند. استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک راه نشان داد بین ۳ گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، درمان خودشفقت‌ورزی و گواه به لحاظ میانگین سنی تفاوت معناداری وجود نداشت ($F=0/115$ ، $P=0/891$). در گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) مجرد، ۱۰ نفر (۶۶/۶۷ درصد) متأهل و ۱ نفر (۶/۶۷ درصد) مطلقه بودند. در گروه درمان خودشفقت‌ورزی ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) مجرد و ۱۰ نفر (۶۶/۶۷ درصد) متأهل بودند. در گروه گواه ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) مجرد و ۱۰ نفر (۶۶/۶۷ درصد) متأهل بودند. در گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش ۲ نفر (۱۳/۳۳ درصد) تحصیلات دیپلم و زیردیپلم، ۸ نفر (۵۳/۳۳ درصد) تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس و ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) تحصیلات بالاتر از لیسانس داشتند. در گروه درمان خودشفقت‌ورزی ۱ نفر (۶/۶۷ درصد) تحصیلات دیپلم و زیردیپلم، ۹ نفر (۶۰ درصد)

را با مقابله مسئله مدار و مقابله هیجان مدار به ترتیب ۰/۲۱ و ۰/۲۷- به عنوان شاخصی از روایی همزمان ابزار گزارش کرده است.

پرسشنامه سه عاملی رفتار خوردن^۱. پرسشنامه سه عاملی رفتار خوردن که توسط کاپلری و همکاران در سال ۲۰۰۹ ساخته شده شامل ۱۸ گویه است که ۳ مؤلفه عدم خویشتن‌داری شناختی^۲ با ۳ گویه ۱، ۵ و ۱۱؛ خوردن هیجانی^۳ با ۶ گویه ۲، ۴، ۷، ۱۰، ۱۴ و ۱۶ و خوردن کنترل نشده^۴ با ۹ گویه ۳، ۶، ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۷ و ۱۸ را در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از تقریباً هرگز= ۱ تا تقریباً همیشه= ۴ مورد ارزیابی قرار می‌دهد. گویه‌های شماره ۱، ۵ و ۱۱ به صورت معکوس نمره- گذاری می‌شوند. در پژوهش کاپلری و همکاران (۲۰۰۹) ساختار ۳ عاملی این ابزار به وسیله تحلیل عاملی تأییدی با ۱۸ گویه (پس از حذف ۳ گویه ۱۷، ۱۸ و ۲۱) مورد تأیید قرار گرفت ($CFI=0/96$). کاپلری و همکاران (۲۰۰۹) همبستگی منفی این ابزار را با شاخص توده بدنی به عنوان شاخصی از روایی واگرایی ابزار و ضرایب آلفای کرونباخ را برای این ابزار در دامنه‌ای از ۰/۷۸ تا ۰/۹۴ گزارش کردند. شهسواری و همکاران (۲۰۱۷) قدرت تمیز این ابزار در تمایز زنان چاق از زنان دارای وزن طبیعی را به عنوان شاخصی از روایی واگرایی ابزار و ضرایب آلفای کرونباخ را برای این ابزار در دامنه‌ای از ۰/۵۴ تا ۰/۹۲ گزارش کردند.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر در هر سه گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، درمان خودشفقت‌ورزی و گواه ۱۰ زن (۶۶/۶۷)

1. Three-Factor Eating Questionnaire

2. lack of cognitive restraint

3. emotional eating

4. uncontrolled eating

تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس و ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) تحصیلات بالاتر از لیسانس داشتند. در گروه گواه ۱ نفر (۶/۶۷ درصد) تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم، ۹ نفر (۳۳/۳۳ درصد) تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس و ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) تحصیلات بالاتر از لیسانس داشتند.

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در تبیین اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان خودشفقت‌ورزی بر متغیر تحمل پریشانی

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	مجذورات
تحمل پریشانی	گروه	۷۱۲/۷۷	۲	۳۵۶/۳۸	۶/۰۶	۰/۰۰۵	۰/۲۲۴
	زمان	۲۰۹/۱۷	۲	۱۰۴/۵۸	۹۸/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۷۰۱
	زمان*گروه‌ها	۳۷۸/۴۳	۴	۹۴/۶۰	۸۹/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۸۰۹

نشان داد ($P=۰/۰۰۱$). در جدول ۳ اثر تعاملی نشان می‌دهد میانگین تحمل پریشانی در طول زمان مطالعه بین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه درمان خودشفقت‌ورزی و گروه گواه تفاوت معناداری را نشان داد ($P=۰/۰۰۱$).

جدول ۳ نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان خودشفقت‌ورزی برای گروه‌های مداخله موجب افزایش تحمل پریشانی نسبت به گروه گواه شدند. در جدول ۳ اثر زمان نشان می‌دهد میانگین تحمل پریشانی در طول زمان مطالعه و سه بار اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری را

جدول ۴- نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه‌های جفتی میانگین‌های اثر گروه و زمان برای متغیر تحمل پریشانی

تفاوت گروه‌ها	تفاوت میانگین	مقدار احتمال
درمان بر تعهد و پذیرش	۰/۶۲۲	۱/۰۰۰
گواه	۴/۵۳	۰/۰۲۳
گواه	۵/۱۵	۰/۰۰۸
تفاوت زمان‌ها	تفاوت میانگین	مقدار احتمال
پس آزمون	-۲/۸۸	۰/۰۰۱
پیگیری	-۰/۶۰۰	۰/۰۱۶
پیگیری	۲/۸۹	۰/۰۰۱

پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری بود که نشان‌دهنده اثربخشی که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان خودشفقت‌ورزی بر متغیر تحمل پریشانی در گروه‌های مداخله و تداوم این اثرات در مرحله پیگیری است.

جدول ۴ نشان می‌دهد نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی حاکی از تفاوت معنادار میانگین متغیر تحمل پریشانی در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان خودشفقت‌ورزی با گواه و همچنین میانگین متغیر تحمل پریشانی در مرحله



شکل ۲- نمودار مربوط به تغییرات میانگین‌های برآورد شده متغیر تحمل پریشانی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان خودشفقت‌ورزی و گروه گواه

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان خودشفقت‌ورزی بر متغیر رفتار خوردن

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
رفتار خوردن	گروه	۳۹۶/۹۳	۲	۱۹۸/۴۶	۴/۴۳	۰/۰۱۸	۰/۱۷۴
	زمان	۳۲۴/۸۴	۱/۴۸	۲۱۸/۵۰	۱۲۴/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۷۴۷
	زمان*گروه‌ها	۳۴۷/۴۲	۲/۹۷	۱۱۶/۸۴	۶۶/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۷۶۰

نشان داد ($P=0/001$). در جدول ۵ اثر تعاملی نشان می-دهد میانگین رفتار خوردن در طول زمان مطالعه بین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه درمان خودشفقت-ورزی و گروه گواه تفاوت معناداری را نشان داد ($P=0/001$).

جدول ۵ نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان خودشفقت‌ورزی برای گروه‌های مداخله موجب افزایش رفتار خوردن نسبت به گروه گواه شدند ($P=0/018$). در جدول ۵ اثر زمان نشان می‌دهد میانگین رفتار خوردن در طول زمان مطالعه و سه بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری را

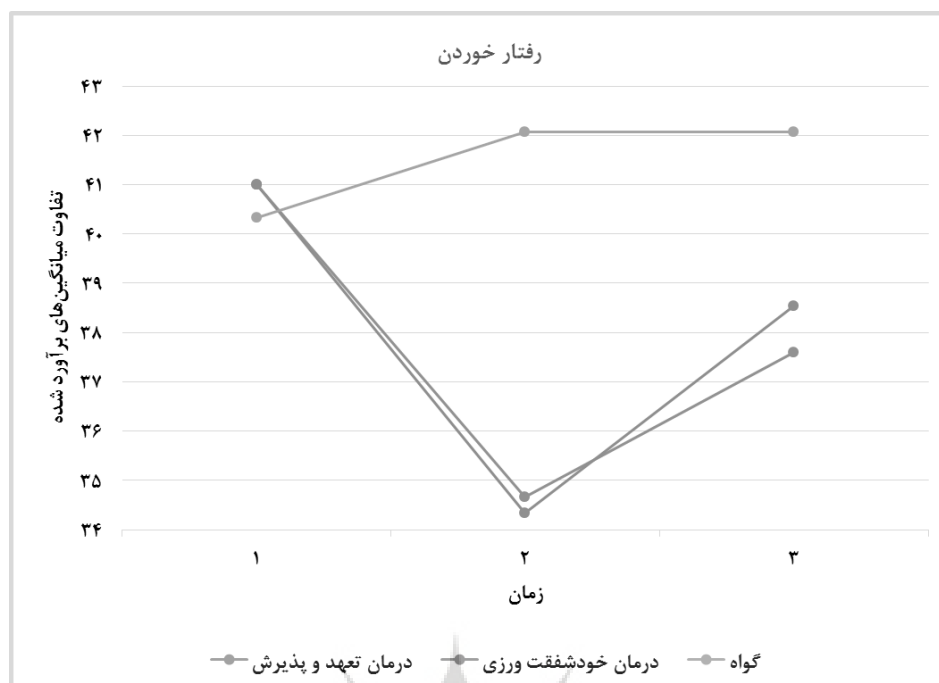
جدول ۶- نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه‌های جفتی میانگین‌های اثر گروه و زمان برای متغیر رفتار خوردن

تفاوت گروه‌ها		تفاوت میانگین	مقدار احتمال
درمان بر تعهد و پذیرش	درمان خودشفقت‌ورزی	-۰/۲۰۰	۱/۰۰۰
	گواه	-۳/۷۳	۰/۰۳۴
درمان خودشفقت‌ورزی	گواه	-۳/۵۳	۰/۰۴۹
	تفاوت زمان‌ها	تفاوت میانگین	مقدار احتمال
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۷۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱/۳۷	۰/۰۰۱
پس‌آزمون	پیگیری	۲/۳۷	۰/۰۰۱

رفتار خوردن

پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری بود که نشان‌دهنده اثربخشی که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان خودشفقت‌ورزی بر متغیر رفتار خوردن در گروه‌های مداخله و تداوم این اثرات در مرحله پیگیری است.

جدول ۶ نشان می‌دهد نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی حاکی از تفاوت معنادار میانگین متغیر رفتار خوردن در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان خودشفقت‌ورزی با گواه و همچنین میانگین متغیر رفتار خوردن در مرحله



شکل ۲- نمودار مربوط به تغییرات میانگین‌های برآورد شده رفتار خوردن در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان خودشفقت‌ورزی و گروه گواه

بحث

گفت درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی به جای تلاش مستقیم برای کاهش موارد اخیر، بر افزایش کارآمدی رفتاری در عین وجود افکار و احساسات ناخوشایند، تأکید می‌کند؛ به عبارت دیگر درمانگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تلاش نمی‌کند تا افکار آشفته‌ساز درمان‌جو را تغییر دهد یا هیجان‌های ناخوشایندش را کاهش دهد- اگرچه، شاید از فضای روزگار، اقداماتش وقتی نتیجه می‌دهد، آشفته‌گی روان‌شناختی کاهش می‌یابد. مفروضه اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از این قرار است که بخش قابل توجهی از پریشانی روان‌شناختی، جزء بهنجار تجربه انسانی است (هایز و اسمیت^۱، ۲۰۰۵). در تبیین اثربخشی درمان خودشفقت‌ورزی بر تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌توان گفت شفقت خود به مراقبت و درک و همدلی با خویشتن به

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان خودشفقت‌ورزی بر تحمل پریشانی و رفتار خوردن در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بود.

نتایج تحلیل در پژوهش حاضر نشان داد درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان خودشفقت‌ورزی بر تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ اثربخش هستند و اثربخشی هر دو درمان در طول زمان ماندگار است و درمان خودشفقت‌ورزی از اثربخشی بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش برخوردار بود. این نتایج با نتایج حاصل از پژوهش‌های ساسانی و همکاران (۲۰۲۰) و عبدالکریمی و همکاران (۲۰۱۸) همسو بود.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌توان

^۱. Hayes, S. C., & Smith, S.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر رفتار خوردن در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌توان گفت در درمان پذیرش و تعهد، مفهوم درهم آمیختگی یا گسلس شناختی میزان تأثیری است که یک فکر (مثلاً ولع خوردن) روی رفتار دارد و وقتی فرد با افکارش درهم می‌آمیزد، نمی‌تواند قضاوت ذهنی خود از واقعیت را از خود واقعیت تمیز دهد؛ زیرا که در محتوای افکار غرق شده است. به عنوان فردی که ولع خوردن بالایی دارد زمانی که با این فکر درمی‌آمیزد که «کم خوردن تأثیری در کاهش وزن و لاغری ندارد» از رژیم غذایی خود صرف نظر کرده و با پرخوری به افکار خود پاسخ می‌دهد. در این درمان، درمانجو می‌آموزد افکار را فقط به صورت افکار تجربه کند، یعنی به صورت رویداد زودگذری که نیاز به پاسخ مستقیم، چالش، یا کنترل ندارند. همچنین، با آموزش ذهن آگاهی و عمل در زمان حال، به افراد آموزش داده می‌شود که بتوانند تجربیات خود را بپذیرند و به میزانی که آنها بتوانند این تجربیات را بپذیرند، به همان میزان می‌توانند مستقل از این تجربیات عمل کنند. در رفتار خوردن، مؤلفه پذیرش بدون قضاوت و واکنش دفاعی، بسیار مهم است. در سطوح بالای پذیرش، افراد متوجه برانگیختگی‌های روانی افکار و احساسات خود می‌شوند؛ بدون آنکه تلاشی برای مهار آن انجام دهند و یا از آن اجتناب کنند. همین موضوع باعث می‌شود که تأثیر این افکار و احساسات بر عملکرد رفتاری آنها (خوردن)، کاهش یابد. در سطوح پایین پذیرش، فردی که دچار برانگیختگی‌های روانی می‌شود، درگیر راهبردهای کنترلی به منظور تغییر شکل و فراوانی افکار و احساساتش می‌شود؛ مانند فردی که برای تسکین عاطفی به خوردن روی می‌آورد. این راهبردهای کنترلی

جای اتخاذ دیدگاه سخت‌گیرانه و منتقدانه نسبت به خود در حوادث و رنج‌ها از جمله ابتلاء به بیماری دیابت اشاره دارد. بیماران دیابتی تجربیات ناخوشایندی را متحمل می‌شوند که هیجان‌های منفی را برای آنها به وجود می‌آورد. در این میان، طی جلسات درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی این بیماران یاد گرفتند که زمانی که شفقت‌ورزی بالاتری نسبت به خود دارند در تجربه وقایع و رویدادهای ناخوشایند، هیجان‌های منفی و افکار بدبینانه و نشخوار فکری را کم‌تر را تجربه می‌کنند و بهتر قادرند در هیجان‌های خود تعادل برقرار سازند (راس^۱، ۲۰۱۰). در طول جلسات خودشفقت‌ورزی هنگامی که بیمار می‌آموزد با مهربانی به استقبال درد هیجانی برود، تغییر به صورت طبیعی اتفاق می‌افتد. هنگامی که به مشکلی نظیر تشدید نشانه‌های بیماری دیابت بر می‌خورد یا احساس بدی دارد، به جای سرزنش، انتقاد و تلاش برای تغییر خود (دیگران، یا کل دنیا)، می‌تواند با پذیرش خود شروع کند. خودشفقت‌ورزی با آموزش ذهن مشفق به بیماران دیابتی کمک می‌کند که در هر شرایطی از خودپذیری و تحمل پریشانی برخوردار باشند که موجب کاهش خودسرزنش‌گری و تجربه هیجان‌های منفی در این افراد در شرایط بحرانی و حتی در زمان‌های خودتخطی‌گری می‌شود.

نتایج تحلیل در پژوهش حاضر نشان داد درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان خودشفقت‌ورزی بر رفتار خوردن در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ اثربخش هستند و اثربخشی هر دو درمان در طول زمان ماندگار است و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش از اثربخشی بیشتری نسبت به درمان خودشفقت‌ورزی برخوردار بود.

^۱. Ross, G.

برگیرنده نوعی رابطه شفقت‌آمیز با خود است، بیشتر از اینکه به حل اختلافات درونی بپردازد، با ایجاد مراقبت، توجه جدید به خود و پیشنهاد فرآیندهای درونی دلسوزانه به تغییر سبک‌های رفتاری بیماری از جمله رفتار خوردن در آن‌ها کمک کرد (هاسین^۱ و همکاران، ۲۰۲۳). در این مداخله بیماران آموختند که از احساسات پریشان‌کننده و دردناک به واسطه رفتارهای اجتنابی نظیر خوردن هیجانی اجتناب نمی‌شود بلکه در عوض با آن‌ها با مهربانی و پذیرش برخورد می‌شود (نف و گرمر^۲، ۲۰۱۸).

نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان پذیرش و تعهد و درمان خودشفقت‌ورزی، درمان‌هایی اثربخش در کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد دچار اضافه وزن اعم از رفتار خوردن و عدم تحمل پریشانی هستند، پیشنهاد می‌شود درمان پذیرش و تعهد و درمان خودشفقت‌ورزی به عنوان درمانی مکمل در کنار رژیم‌های غذایی برای افراد دیابتی ارائه گردد. در این پژوهش از ابزار خودگزارشی برای اندازه‌گیری استفاده شد که ممکن است افراد به صورت آگاهانه و ناآگاهانه سعی در مطلوب جلوه دادن خود و انکار کرده باشند. ممکن است مواردی مانند رژیم غذایی روزانه که پژوهشگر کنترلی بر آن‌ها نداشت بر نتایج پژوهش حاضر اثر گذاشته باشند. پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران آتی با انجام پژوهش کیفی با به کارگیری مصاحبه عمیق به بررسی متغیرهای حاضر بپردازند و در پژوهش‌های آتی مواردی مانند رژیم غذایی روزانه افراد نیز کنترل گردد.

به تخریب رفتاری و عملکردی فرد منجر می‌شود. این شیوه درمانی، موقعیتی را به وجود می‌آورد که طی آن مراجع نسبت به راهکارهای کنترلی خود مبنی بر تلاش در جهت حذف افکار و احساسات منفی درباره اضافه وزن و اجتناب و فرار کامل از این افکار و احساسات، احساس می‌کند و بدین وسیله، مجال برای فرد ایجاد می‌شود تا به جای تمرکز مداوم بر افکار و احساسات منفی و رفتارهای اجتنابی حول اضافه وزن، به امور مهم و ارزشمند زندگی خود از جمله سلامت بپردازد (یراقچی و همکاران، ۲۰۱۹). در درمان تعهد و پذیرش، راهبردهای تعهد و پذیرش، به افزایش انعطاف‌پذیری رفتاری کمک می‌کنند. اگر دقیقاً فرد بتواند توجه کند که به هنگام خوردن چقدر مؤثر و نا مؤثر رفتار می‌کند، برای تغییر رفتار، در شرایط به مراتب بهتری قرار خواهد گرفت و در حقیقت انگیزه بیش‌تری پیدا خواهد کرد. در حقیقت درمان پذیرش و تعهد به فردی که ولع خوردن دارد می‌آموزد که زمان‌هایی وجود دارد که تحت تأثیر افکارش و زمان‌هایی تحت تأثیر اعمالش قرار گرفته و به خوردن هیجانی می‌پردازد و در هر حال، عمل کردن با آگاهی کامل از آنچه در لحظه حال روی می‌دهد، مسلماً پیش‌درآمدی است برای کنترل بیشتر روی خوردن (هایز و اسمیت، ۲۰۰۵).

در تبیین اثربخشی درمان خودشفقت‌ورزی بر رفتار خوردن در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌توان گفت مداخله آموزش خودشفقت‌ورزی با عمل کردن بر اساس ارزش‌های هر فرد و توجه کردن به فشارهای خارجی که بر بیماران وارد می‌شود و همچنین بر انتخاب‌های شخصی و توجه شخص به خود سبب مهربانی و عطوفت بیماران با خود شد. این مداخله با تمرکز بر ذهن شفقت‌ورز که در

¹. Hussain, M.

². Neff, K., & Germer, C.

- glucose metabolism by six phytochemicals in the management of diabetes mellitus and its complications. *Journal of Integrative Medicine*.
- Fataie, S., & Sajjadian, I. (2016). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Experiential Avoidance in Overweight Individuals [Research]. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 14(2), 146-153. (In Persian)
- Gilbert, P. (2010). *The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges* (1st Ed). New Harbinger Publications.
- Gould, R. L., & Wetherell, J. L. (2022). Acceptance and Commitment Therapy and Other Third Wave Therapies. In *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*. Elsevier.
- Gregg, J. A., Almada, P., & Schmidt, E. (2011). Health behavior problems in diabetes, obesity, and secondary prevention. In L. M. McCracken (Ed.), *Mindfulness and acceptance in behavioral medicine: Current theory and practice* (pp. 79–106). New Harbinger Publications, Inc.
- Hayes, S. C., & Smith, S. (2005). *Get Out of Your Mind and Into Your Life: The New Acceptance and Commitment Therapy (A New Harbinger Self-Help Workbook)*. New Harbinger Publications.
- Heatheron, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110(1), 86–108.
- Hussain, M., Egan, H., Keyte, R., Strachan, R., Tahrani, A. A., & Mantzios, M. (2023). Exploring the association between self-compassion, mindfulness and mindful eating with eating behaviours amongst patients with obesity. *Nutrition and health*, 29(4), 683–693.
- Khalatbari, A., Ghorbanshiroudi, S., Zarbakhsh, M. R., & Tizdast, T. (2020). Comparison of the Effectiveness of Compassion-based Therapy and Acceptance-based Therapy and Commitment to Self-care Behavior and Glycosylated Hemoglobin in Patients

سپاسگزاری

این مطالعه بخشی از نتایج رساله دکتری صدف مفهوم، رشته روانشناسی سلامت، با راهنمایی خانم دکتر فاطمه محمدی شیرمحلّه در دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج است که با کد IR.IAU.K.REC.1401.017 در سامانه ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی ثبت شده است. بدین وسیله از همه بیماران مبتلا به دیابت که در این پژوهش شرکت کردند، همچنین مسئولین دانشگاه آزاد اسلامی که با همکاری خود امکان این پژوهش را فراهم آوردند تشکر و قدردانی می‌شود. نویسندگان مقاله حاضر هیچ گونه تضاد منافع و منبع مالی نداشتند.

References

- Abdolkarimi, M., Ghorban Shirodi, S., Khalatbari, J., & Zarbakhsh, M. R. (2018). Effectiveness of Meta diagnosis package of acceptance and commitment therapy, Self-Compassion therapy and dialectic behavioral therapy on emotion regulation and eating behavior of overweight and obese women [Research]. *Journal of Psychological Science*, 17(70), 651-662. (In Persian)
- Carlson, B. M. (2019). Chapter 12 - The Digestive System. In B. M. Carlson (Ed.), *the Human Body* (pp. 321-355). Academic Press.
- Carter, A., Steindl, S. R., Parker, S., Gilbert, P., & Kirby, J. N. (2023). Compassion-Focused Therapy to Reduce Body Weight Shame for Individuals with Obesity: A Randomized Controlled Trial. *Behavior therapy*, 54(5), 747–764.
- Dakani, M., Fakhri, M., & Hasanzadeh, R. (2021). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Anxiety Tolerance and Cognitive Flexibility in Patients with Type 2 Diabetes [Research]. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders*, 21(3), 186-197. (In Persian)
- DasNandy, A., Virge, R., Hegde, H. V., & Chattopadhyay, D. (2023). A review of patent literature on the regulation of

- [qualitative research]. *Iranian Journal of Nursing Research*, 14(6), 78-87. (In Persian)
- Shahsavari, M., Fathi Ashtiani, A., & Rasoolzadeh Tabatabae, K. (2017). A Comparison between Personality Traits and Eating Behavior among Women with High and Normal Body Mass Index [Research]. *Scientific magazine Yafte*, 19(1), 8-19. (In Persian)
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and Validation of a Self-Report Measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83-102.
- Srinivasan, S., & Todd, J. (2022). The Genetics of Type 2 Diabetes in Youth: Where We Are and the Road Ahead. *The Journal of Pediatrics*, 247, 17-21.
- Yaraghchi, A., Jomehri, F., Seyrafi, M., Kraskian Mujembari, A., & Mohammadi Farsani, G. (2019). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Weight Loss and Cognitive Emotion Regulation in Obese Individuals [Research]. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 7(2), 192-201. (In Persian)
- Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., Bernstein, A., & Leyro, T. (2010). Distress Tolerance: Theory, Measurement, and Relations to Psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 19(6), 406-410.
- with Type 2 Diabetes [Research]. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*, 29(3), 34-49. (In Persian)
- Liu, H., Liu, N., Chong, S. T., Boon Yau, E. K., & Ahmad Badayai, A. R. (2023). Effects of acceptance and commitment therapy on cognitive function: A systematic review. *Heliyon*, 9(3), e14057.
- Mekala, K. C., & Bertoni, A. G. (2020). Chapter 4 - Epidemiology of diabetes mellitus. In G. Orlando, L. Piemonti, C. Ricordi, R. J. Stratta, & R. W. G. Guessner (Eds.), *Transplantation, Bioengineering, and Regeneration of the Endocrine Pancreas* (pp. 49-58). Academic Press.
- Millard, L. A., Wan, M. W., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2023). The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 326, 168-192.
- Neff, K., & Germer, C. (2018). *The mindful self-compassion workbook: a proven way to accept yourself, build inner strength, and thrive*. Guilford Press.
- Panahi, R., Shahhabizadeh, F., & Mahmoodirad, A. (2021). Comparison of Effectiveness of Acceptance and Commitment-based Therapy with and without Compassion on Worry, Self-Critical and Anger Rumination Nonclinical Depressed Diabetic Patients: A Clinical Trail [Quantitative-Research]. *2 Journal of Nursing Education*, 9(6), 94-108. (In Persian)
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1993). Etiology of binge eating: Psychological mechanisms. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (p. 173-205). Guilford Press.
- Ross, G. (2006). Gestational diabetes. *Australian Family Physician*, 35(6), 392-6.
- Sasani, K., Seirafi, M., Meschi, F., Sarami, G., & Peymani, J. (2020). Modeling of Health-Related quality of Life Based on Self-Approach to Body Image By mediating of Self-Compassion and Shame in overweight and obese people