خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره چهارم، زمستان ۱۴۰۱، پیاپی (۴)۳۵ ص ۷۸-۶۳

Family and health Quarterly, vol12, Issu4, Winter 2023, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1401.12.4.3.9

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

مینا دکانی۱، محمد کاظم فخری۲*، رمضان حسن زاده۳

چکیده

مقدمه: مبتلایان به بیماری دیابت با چالش‌های روانشناختی روبرو می‌شوند. توجه به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این زمینه حایز اهمیت است. هدف از مطالعه‌ی حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و انعطاف‌پذیری شناختی بود.

روش پژوهش: طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری شامل تمامی بیماران دیابتی نوع دو مراجعه کننده به مرکز دیابت مادر، درمانگاه تخصصی و فوق تخصصی طوبی و درمانگاه مصطفویان شهرستان ساری در سال ۹۹-۱۳۹۸ بود. ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس به‌عنوان نمونه انتخاب و به‌صورت تصادفی در یک گروه آزمایش (۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه مداخله طی ۸ جلسه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۹۰ دقیقه‌ای و به‌صورت گروهی هفته‌ای یکبار قرار گرفتند. اما در مورد گروه کنترل در این مدت مداخله‌ای انجام نشد. پرسشنامه‌ی تحمل پریشانی هیجانی سیمونز و گاهر و پرسشنامه‌ی انعطاف پذیری شناختی دنیس و واندرهال در مورد آن‌ها اجرا شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از میانگین، انحراف استاندارد و تحلیل کوواریانس و با استفاده از نرم‌افزار SPSS- 23 انجام شد. میزان P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی (F= ۸۰۷/۶ , P< ۰/۰۰۱) و انعطافپذیری شناختی (F= ۸۱۴/۸۹ P< ۰/۰۰۱) تاثیر معنی‌داری داشت.

نتیجه‌گیری: درمان شناختی مبتنی بر مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و انعطاف پذیری شناختی مؤثر بود. بنابراین این مداخله می‌تواند برای کاهش مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی: انعطاف‌پذیری شناختی، تحمل پریشانی، دیابت نوع دو، شناخت درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۲/۱۰ **تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۴/۲۹**

استناد: دکانی م، فخری م ک، حسن زاده ر. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۱؛ ۱۲(۴):۷۸-۶۳

۱ – دانشجوی دکترای روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران. ORCID: 0000000204125836

۲ – استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران (نویسنده مسئول). آدرس: گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، تلفن: ۰۹۳۸۰۱۰۷۲۹۵ ORCID: 0000000124156328 ایمیل: fakhri.mk21@gmail.com

۳ – استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران، ORCID: 0000000224740512

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کریتیو کامنز http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد

مقدمه:

دیابت از جمله بیماری‌های مزمن و شایعی است که از طریق ناهنجاری‌هایی در متابولیسم کربوهیدرات، پروتئین و چربی ایجاد می شود. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی تعداد مبتلایان به این بیماری از ۲۰۰ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ به ۵۹۲ میلیون نفر در سال ۲۰۳۵ خواهد رسید که بیشترین شیوع در کشورهای در حال توسعه از جمله خاورمیانه خواهد بود (۱). دیابت به عنوان یکی از بزرگ ترین اپیدمی‌های تاریخ بشری مطرح است. دیابت نوع ۲، شرایط مزمنی است که در آن بدن قادر به تولید و یا استفاده از انسولین نمی‌باشد و این شرایط ۹۰ درصد از بیماری را تشکیل می‌دهد. دیابت نوع ۲، میزان مرگ و میر بالایی دارد و افراد دارای دیابت ۵۰ درصد مرگ ومیر بالاتری از افراد بدون دیابت دارند (۲).

شیوع دیابت و عوامل خطر مربوط به آن در ایران به ترتیب ۹/۶ درصد در مردان و ۱۱/۱ درصد در زنان و ۱۰/۳ درصد در کل افراد گزارش شده است (۳).گستردگی دیابت نوع ۲ سبب شده که این بیماری به عنوان یک بیماری همه گیر و یکی از دلایل مرگ ومیر خصوصا در کشورهای در حال توسعه شناخته شود(۴).

انعطاف پذیری روانشناختی به عنوان توانایی تغییر آمایه های شناختی با هدف سازش با محرک های در حال تغییر محیطی تعریف شده و به میزان تجربه پذیری فرد در مقابل تجارب بیرونی و درونی اشاره دارد (۵). این عامل نیازمند توانایی برقراری ارتباط با حال و نیروی جداسازی شخص از افکار و تجارب درونی می باشد(۶). افراد دارای تفکر انعطاف پذیر به صورت مثبتی ساختار فکری خود را متناسب با محیط تنظیم و تغییر داده و موقعیت های پرتنش و استرس زا را با پذیرش و تحمل پشت سر می گذارند (۷). انعطاف پذیری شناختی فرآیندی است که طی آن توانایی فرد در برابر چالش های عاطفی، اجتماعی و جسمی افزایش یافته و به فرد قدرت بیشتری برای رویارویی با ناملایمات زندگی را می دهد (۸).

از دیگر عوارض روانشناختی دیابت نوع ۲، پریشانی است(۹). تحمل پریشانی، توانایی فرد برای تجربه و تحمل وضعیت عاطفی منفی است که بر ارزیابی و قضاوت فرد تاثیر می گذارد و به عنوان یک عامل مهم در شروع و تداوم آسیب های روانی و همچنین پیشگیری و درمان بیماران مشخص شده است (۱۰). در زندگی افراد مجبورند با درد و آشفتگی جسمی و هیجانی کنار بیایند. درد اجتناب‌ناپذیر و پیش بینی نشدنی است. برخی افرادی که با این دردها مواجه‌اند، واکنش‌های ناسالمی از خود نشان می دهند، چون نمی‌توانند کار دیگری کنند؛ به این دلیل که هنگام درد هیجانی، تفکر عاقلانه از بین می‌رود و پریشان می‌شوند. این راهبردهای بی‌ثمر، درد هیجانی را عمیق‌تر می‌کنند(۱۱).

افراد دارای تحمل پریشانی پایین به این حقیقت واقف هستند که نمی توانند احساس ناراحتی را تحمل کرده و احساس می کنند که دیگران امکانات بهتری برای مقابله با هیجان های منفی دارند، در نتیجه بیشتر اوقات احساس سرافکندگی می کنند (۱۲). این افراد همچنین برای اجتناب از تجربه های هیجانی منفی به سختی تلاش می کنند. در صورتی‌که اجتناب مقدور نباشد آن‌ها در تلاش برای برطرف کردن حالت هیجانی آزارنده به روش‌های ناسالمی روی می آورند؛ این راهکار های ناسالم به احتمال قوی انرژی آن ها را کاهش داده و این کار در نهایت کارکرد های جسمانی، روانی و اجتماعی آن ها را مختل خواهد ساخت(۱۳).

یکی از درمان‌های مورد استفاده در درمان مبتلایان به دیابت نوع دوم، درمان پذیرش و تعهد است و اصول زیر بنایی آن شامل پذیرش یا تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آن‌ها و عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توام با

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره چهارم، زمستان ۱۴۰۱، پیاپی (۴)۳۵ ص ۷۸-۶۳
Family and health Quarterly, vol12, Issu4, Winter 2023, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1401.12.4.3.9

تمایل به عمل به‌عنوان اهداف معنی‌دار شخصی پیش از حذف تجارب ناخواسته است (۱۴). این نوع درمان، مداخله‌ای شناختی و رفتاری است که از فرآیندهای پذیرش و ذهن آگاهی و فرآیندهای تعهد و تغییر رفتار جهت انعطاف پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند و دارای شش اصل اساسی گسلش شناختی، پذیرش، تماس با لحظه حال، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهدانه است (۱۵). این اصول از طریق مهارت‌های ذهن آگاهی، استعاره‌ها و تمرین‌های تجربه ای به مراجع آموخته می شوند (۱۶).

بندینگ و همکاران، در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کنترل دیابت نوع دوم شده است (۱۷). ساکاموتو و همکاران، در مطالعه‌ای دریافتند که از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان قند خون بیماران مبتلا به دیابت را کنترل کرد (۱۸). امیریان و همکاران، نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش تحمل پریشانی می‌شود (۱۹). حسینی و همکاران (۲۰) و همچنین انبیگی و همکاران (۲۱) نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش انعطاف پذیری شناختی می‌شود.

دیابت همان‌گونه که روی بسیاری از سیستم‌های بدنی اثر می‌گذارد، روی سیستم ذهنی هم اثر می‌گذارد. دیابت بیماری رایجی است که زمانی اهمیت می‌یابد که مرگ و میر و هزینه‌های بالای مراقبت‌های درمانی را مد نظر قرار می‌دهیم. فرآیند درمان دیابت اغلب طولانی و چالش برانگیز است و به علت در نظر نگرفتن عارضه‌های کوتاه مدت و بلند مدت این بیماری توسط افراد، ممکن است آن‌ها با افسردگی، اضطراب و پریشانی و دیگر مشکلات مشابه روانشناسی روبه رو شوند. همانند دیگر بیماری‌های مزمن، نگرش و رویکرد فرد به دیابت و درمان آن بر پیش آگهی موثر است. پذیرش درمان در دیابت به افزایش کنترل قند خون منجر می‌شود (۱۷). فراوانی زیاد نشانه‌های‌روانشناختی منفی و سختی‌های پروسه درمان دارویی بر میزان نیاز به مداخله‌های روان درمانی می‌افزاید. با توجه به تاثیر مطلوب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشکلات روانشناختی و همچنین افزایش تعداد مبتلایان به دیابت، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و انعطاف پذیری شناختی مبتلایان به دیابت نوع دو بود.

روش پژوهش:

روش پژوهش نیمه آزمایشی باطرح پیش آزمون - پس آزمون باگروه گواه بود. جامعه‌ی آماری مطالعه حاضر کلیه بیماران دیابتی نوع دو مراجعه کننده به مرکز دیابت مادر، درمانگاه تخصصی و فوق تخصصی طوبی و درمانگاه مصطفویان شهرستان ساری در زمستان ۱۳۹۸ و بهار ۱۳۹۹ به تعداد ۲۱۸ نفر بودند.۳۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دوگروه آزمایش (۱۵نفر) و گواه (۱۵نفر) جایگزین شدند. تعداد نمونه لازم با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪ و میزان ریزش ۱۰ درصد برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دریافت تشخیص دیابت نوع دو، سن بین ۴۰ الی ۶۵ سال، حداقل تحصیلات سیکل، متاهل بودن، عدم دریافت درمان روانشناختی دیگر حین پژوهش، عدم تجربه رویداد استرس زا مانند طلاق، فوت نزدیکان، از دست دادن شغل یا تصادف، عدم استفاده از داروی اعصاب و روان در طول سه ماهه گذشته، تکمیل موافقت‌نامه‌ی رضایت آگاهانه در خصوص شرکت در طرح پژوهش بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه در درمان، دارا بودن یکی از تشخیص های اختلالات محور یک برمینای مصاحبه بالینی ساختار یافته مطابق با۵ DSM توسط روانشناس یا روانپزشک، تشخیص استفاده از داروی اعصاب و

روان یا مواد در طول سه ماهه گذشته بود. ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل موارد ذیل بود: الف) کلیه شرکت کنندگان در پژوهش با اختیار و تمایل خود شرکت کردند. ب) درباره اصول رازداری و محرمانه بودن هویت شرکت کنندگان به آنان اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات به صورت محرمانه باقی خواهد ماند ج) در پایان آموزش از شرکت کنندگان در پژوهش تقدیر و تشکر به عمل آمد. د) شرکت کنندگان در صورت خواست هر زمانی که از ادامه مشارکت منصرف شدند، می‌توانند آزادانه گروه را ترک نمایند. ابزار پژوهش عبارت بود از:

مقیاس تحمل پریشانی هیجانی: این مقیاس توسط سیمونز و گاهر[1] در سال ۲۰۰۵ طراحی شده است. که ۱۵ ماده دارد و روی یک مقیاس پنج امتیازی(۱= کاملا موافق، ۲= اندکی موافق، ۳= نه موافق نه مخالف، ۴= اندکی مخالف و ۵= کاملا مخالف) پاسخ داده می‌شوند. مقیاس دارای یک نمره کلی تحمل پریشانی هیجانی و چهار خرده مقیاس تحمل (تحمل پریشانی هیجانی): سوالات ۱، ۳ و ۵؛ جذب (جذب شدن به وسیله هیجانات منفی): سوالات ۲، ۴ و ۱۵؛ ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی): سوالات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲؛ تنظیم (تنظیم تلاش ها برای تسکین پریشانی): ۸، ۱۳ و ۱۴ می‌باشد. برای بدست آوردن نمره‌ی تحمل پریشانی هیجانی باید هر یک از این گزینه‌ها که به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴و۵ امتیاز دارند، با هم جمع شوند. عبارت ۶ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود. نمرات بالا در این مقیاس نشان‌گر تحمل پریشانی بالاست. برای بدست آوردن تحمل پریشانی کلی نمره تمام سوالات با هم جمع می‌شود و برای بدست آوردن نمره هر یک از ابعاد، نمره سوال‌های هر بعد مطابق آن‌چه که در بالا ذکر شد با هم جمع می‌شوند. در نسخه‌ی اصلی، ضرایب آلفا برای این مقیاس را به ترتیب ۰/۷۲ ، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ را گزارش کرده اند، همچنین گزارش شده است که این پرسشنامه دارای روایی ملاکی و همگرای اولیه خوبی است (۲۲). علوی، در پژوهش خود نشان داد که کل مقیاس داری پایایی همسانی درونی بالا (۰/۷۱ = α) و خرده‌مقیاس‌ها دارای پایایی متوسطی (برای تحمل ۰/۵۴ ، جذب ۰/۴۲ ، ارزیابی ۰/۵۶ تنظیم ۰/۵۸) هستند (۲۳). در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ برای کل مقیاس۰/۷۹ و برای تحمل ۰/۸۶ ، جذب ۰/۶۲ ، ارزیابی ۰/۵۸و تنظیم ۰/۷۴ بدست آمد.

پرسشنامه انعطاف پذیری‌شناختی: پرسشنامه انعطاف‌پذیری توسط دنیس و وندروال[2] در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است. این پرسشنامه مشتمل بر ۲۰ ماده می‌باشد و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیربالینی و ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی ـ رفتاری افسردگی و سایر بیماری‌های روانی به کار می‌رود. برای هر عبارت پرسشنامه یک مقیاس درجه بندی هفت رتبه ای لیکرت وجود دارد که دارای ارزش ۱ تا ۷ است. برای برخی از جمله‌ها این نمره‌گذاری از کاملاً مخاف تا کاملاً موافق به ترتیب ۱ تا ۷ تعلق می‌گیرد و برای جملات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱ و۱۷ نمره‌گذاری به‌صورت معکوس انجام می‌شود. جمع نمرات تمام ماده‌ها، نمره کل آزمون انعطاف‌پذیری شناختی را به دست می‌دهد. بالاترین نمره‌ای که فرد در این پرسشنامه می‌تواند اخذ نماید ۱۴۰ و پایین ترین نمره ۲۰ می‌باشد. نمره بالاتر نشان دهنده‌ی انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر و نمره پایین و نزدیک به ۲۰ نشان دهنده‌ی انعطاف‌پذیری شناختی پایین می‌باشد. در نسخه‌ی اصلی، اعتبار همزمان این پرسشنامه را با پرسشنامه‌ی افسردگی بک برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن را با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵به‌دست آمد (۲۴). در ایران فاضلی و همکاران (، ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۷۵ گزارش کردند (۲۵). در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ محاسبه شده برابر با ۰/۹۱ می‌باشد.

1 - Simons and Gaher

2 - Dennis and Wal Vander

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره چهارم، زمستان ۱۴۰۱، پیاپی (۴)۳۵ ص ۷۸-۶۳
Family and health Quarterly, vol12, Issu4, Winter 2023, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1401.12.4.3.9

مداخله بر روی گروه آزمایش صورت گرفت. پس از تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه توسط بیماران، برای گروه مداخله ۸ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (به صورت هفته‌ای یک جلسه، به مدت ۹۰ دقیقه) اجرا گردید. اما در گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای صورت نگرفت. پس از پایان ۸ جلسه، مجدداً هر دو گروه بررسی شدند. برای جمع آوری اطلاعات ابزارهای پژوهش، قبل و بعد از مداخله مورد استفاده قرارگرفت. خلاصه محتوای آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول ۱ ارائه شده است (۲۶).

جدول ۱- خلاصه محتوای آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	موضوع جلسه وتکالیف
اول	خوشامدگویی و آشنایی و معارفه ی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر؛ بیان احساسات افراد قبل از آمدن به جلسه؛ دلیل آمدن به این جلسه و انتظاری که از جلسات درمانی دارند؛ بیان تجارب مشابه قبلی؛ بیان قوانینی که رعایت آن‌ها در گروه الزامی است از جمله: به موقع آمدن عدم غیبت(وقت- شناسی)انجام تکالیف و...؛ بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر؛ بیان موضوع پژوهش و اهداف آن و بیان این موضوع که روی اهداف فکر شود؛ ارایه کلی مطالب آموزشی پیرامون تعهدو پذیرش و نتایج آن؛ اجرای پیش آزمون.
دوم	توضیح و بیان این اصل که چرا نیاز به مداخلات روان شناختی احساس می‌شود؟؛ ایجاد امید و انتظار درمان در کاهش این فشارها؛ بیان اصل پذیرش وشناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات، آگاهی بخشی در این زمینه که افکار را به عنوان افکار و؛ احساسات را به عنوان احساسات و خاطرات را فقط به عنوان خاطره بپذیریم؛ ارایه ی تکلیف در زمینه ی پذیرش خود و احساسات ناشی ازبیماری.
سوم	بررسی تکالیف جلسه قبل؛ صحبت درباره ی احساسات و افکار اعضای گروه؛ آموزش این مطلب که اعضا، بدون قضاوت در مورد خوب یا بد بودن افکار و احساسات خود، آن‌ها را بپذیرند؛ آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آنها با افکار و احساسات؛ ارایه ی تکلیف اینکه چقدرخودواحساسات خود و چقدر دیگران واحساسات دیگران را می‌پذیریم؟
چهارم	بررسی تکالیف؛ ارایه ی تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس؛ ارایه ی تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر؛ تاکید دوباره بر اصل پذیرش در شناخت احساسات و افکار؛ تاکید بر شناخت احساسات و افکار با نگاهی دیگر؛ تکالیف: رویدادهای زندگی(آزاردهنده) را به نوعی دیگر نگاه کنیم و اعتیاد را پایان کار نبینیم و آن را فقط به عنوان یک بیماری تصور کنیم نه بیشتر.
پنجم	بررسی تکالیف؛ آموزش و ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم وآگاهی به این موضوع که آنچه نمیتوانیم تغییر دهیم را بپذیریم؛ شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضا به اینکه احساسات خود را قضاوت نکنند؛ ارایه ی این تکنیک که با ذهن آگاه بودن در هر لحظه، از وجود احساسات خود آگاهی یابند، فقط شاهد آنها باشند ولی قضاوت نکنند؛ ارایه تکلیف خانگی ذهن آگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت.

ششم	ارایه ی بازخود و نظرسنجی کوتاه از فرآیند آموزش؛ درخواست از اعضای گروه جهت برون ریزی احساسات و هیجانات خود در خصوص تکالیف جلسه قبل؛ آموزش و ارایه اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان؛(آموزش تعهد به عمل یعنی بعد از انتخاب مسیر ارزشمند و درست در خصوص رسیدن به آرامش یا قبول هر رویدادی در زندگی، به آن عمل کنیم و خود را نسبت به انجام آن متعهد سازیم)؛ ارایه ی تکنیک توجه انتخابی برای آرامش بیشتر در خصوص هجوم افکار خودآیند منفی؛ تمرین مجدد ذهن آگاهی به همراه اسکن بدن.
هفتم	ارایه ی بازخورد و جستجوی مسایل حل نشده در اعضای گروه؛ شناسایی طرح‌های رفتاری در خصوص امور پذیرفته شده و ایجاد تعهد برای عمل به آنها؛ ایجاد توانایی انتخاب عمل در بین گزینه‌های مختلف، به گونه ای که مناسب ترباشد نه عملی تر.
هشتم	بررسی تکالیف؛ جمع بندی مطالب؛ اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره؛ ارایه ی بازخود به اعضای گروه، قدردانی و سپاسگزاری از حضورشان در جلسات؛ اجرای پس آزمون.

جهت توصیف داده‌ها از شاخص‌های مرکزی میانگین و انحراف معیار و آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد. میزان P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها:

در این مطالعه تعداد ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع۲ (۱۹نفر زن و ۱۱ نفر مرد)، به دو گروه ۱۵ نفری (آزمایش و گواه) تقسیم شدند. در حین اجرای مداخله و تا پایان تحقیق در هیچ‌کدام از گروه‌های آزمایش و کنترل، ریزش وجود نداشت. دامنه‌ی سنی افراد ۶۵-۴۰ سال بود. همچنین از نظر تحصیلات، ۷ نفر (۲۳/۳٪) دیپلم و پایین تر، ۱۴نفر (۴۶/۷٪) فوق دیپلم و ۹ نفر (۳۰٪) کارشناسی و بالاتر بودند . در جدول شماره‌ی۱ ، میانگین و انحراف استاندارد دو گروه آزمایش و گواه در شرایط پیش آزمون – پس آزمون در متغیرهای تحمل پریشانی و انعطاف پذیری شناختی آمده است.

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	مرحله	کنترل	آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
		Mean±SD	Mean±SD
تحمل	پیش‌آزمون	۶/۷۸±۲/۵۷	۶/۸۸±۲/۸۷
	پس‌آزمون	۶/۳۶±۲/۳۱	۹/۳۱±۳/۳۰

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره چهارم، زمستان ۱۴۰۱، پیاپی (۴)۳۵ ص ۷۸-۶۳

Family and health Quarterly, vol12, Issu4, Winter 2023, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1401.12.4.3.9

جذب		پیش‌آزمون	۶/۹۴±۳/۲۴	۷/۱۲±۳/۰۳
		پس‌آزمون	۷/۷۴±۳/۵۵	۱۰/۲۷±۳/۲۸
ارزیابی		پیش‌آزمون	۱۲/۲۹±۴/۲۴	۱۲/۳۷±۴/۱۲
		پس‌آزمون	۱۱/۸۹±۳/۴۷	۱۶/۸۸±۴/۰۴
تنظیم		پیش‌آزمون	۶/۵۸±۲/۷۴	۶/۳۶±۳/۱۲
		پس‌آزمون	۵/۸۷±۲/۲۷	۸/۲۱±۲/۸۷
تحمل پریشانی		پیش‌آزمون	۲۹/۳۳±۷/۶۳	۳۱/۳۳±۷/۸۸
		پس‌آزمون	۲۸/۲۰±۶/۹۴	۴۳/۹۳±۷/۶۲
انعطاف	پذیری	پیش‌آزمون	۶۰/۱۳±۸/۸۵	۶۱/۰۰±۸/۷۸
شناختی		پس‌آزمون	۵۹/۲۷±۷/۵۱	۸۷/۶۰±۷/۵۰

بر اساس نتایج جدول ۲، در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه، نمرات پس‌آزمون متغیر تحمل پریشانی و انعطاف پذیری شناختی نسبت به پیش آزمون دارای افزایش است که نشان از تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تحمل پریشانی و انعطاف پذیری شناختی داشته است. برای تعیین معنی‌داری این تفاوت با توجه به این‌که لازم است اثر پیش‌آزمون مهار شود از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد که نتایج ان در جدول ۳ ارائه شده است. قبل از استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس، مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون شاپیرو ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد. بر همین اساس ، سطح معناداری برای تمامی بزرگتر از ۰/۰۵ منظور گردید و فرض نرمال بودن متغیرها، توزیع نمرات پذیرفته شد . یکی دیگر از مفروضات اجرای آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری، همگنی واریانس متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها بود که برای بررسی برقراری آن از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین در هیچ یک از متغیرها معنادار نبود. از اینرو فرض مبنی بر همگنی واریانس متغیرها مورد تأیید قرار گرفت. برای بررسی همسانی ماتریس کوواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد و سطح معناداری آن برابر با ۰/۳۱۴ به‌دست آمد . از آنجایی که این مقدار، بزرگتر از سطح معناداری (۰/۰۰۱) مورد نیاز برای رد فرض صفر بود، همسانی ماتریس کوواریانس ها مورد تأیید قرار گرفت.

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره برای مقایسه‌ی تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن و انعطاف پذیری شناختی در گروه آزمایش و کنترل

اثر	آزمون	مقادیر	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا
گروه	اثر پیلایی	۰/۷۷۵	**۱۳/۵۷	۲	۲۷
	لامبدای ویلکز	۰/۸۴۱	**۳۱/۲۷	۲	۲۷
	اثر هتلینگ	۰/۳۸۷	**۱۶/۷۵	۲	۲۷
	بزرگترین ریشه‌روی	۰/۵۴۸	**۳۱/۳۸	۲	۲۷

نتایج جدول ۳ نشان داد که سطح معنی‌داری هر چهار آماره‌ی چندمتغیری مربوطه یعنی اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه‌روی، کوچکتر از ۰/۰۰۱ به‌دست آمد. بدین ترتیب مشخص شد که بین دو گروه آزمایش و گواه، در نمرات مربوط به قند خون، تحمل پریشانی و انعطاف‌پذیری شناختی، در پس آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد میانگین تحمل پریشانی و انعطاف‌پذیری شناختی نیز در گروه آزمایش، در پس آزمون نسبت به پیش آزمون و در قیاس با گروه گواه، افزایش یافت و در گروه گواه تغییر چندانی را نشان نداد. نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره تحمل پریشانی و انعطاف پذیری شناختی در پس آزمون گروه آزمایش و گواه در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره تحمل پریشانی و انعطاف پذیری شناختی در پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
تحمل	پیش آزمون	۳۴۶/۲۲	۱	۳۴۶/۲۲			
پریشانی	گروه	۱۶۲۸/۸۴	۱	۱۶۲۸/۸۴	۳۴/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۴۶
انعطافپذیری-	پیش آزمون	۹۸۴/۳۸	۱	۹۸۴/۳۸			
شناختی	گروه	۱۳۵۷/۷۶	۱	۱۳۵۷/۷۶	۷۱/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۵۳

بر اساس نتایج جدول ۴، سطح معنی‌داری مشاهده شده برای تفاوت میانگین تحمل پریشانی گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گواه (۳۴/۶۲ =، ۰/۰۰۱ =P) کمتر از ۰/۰۵ است. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش نمرات تحمل پریشانی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه تأثیر داشته است. مقدار مجذور ایتا (۰/۴۶) نشان می‌دهد حدود ۴۶ درصد از تغییرات نمرات پس‌آزمون متغیر وابسته توسط روش درمان مبتنی بر پذیرش وتعهد تبیین می‌شود. همچنین سطح معنی‌داری مشاهده شده برای تفاوت میانگین انعطاف‌پذیری شناختی گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل (۷۱/۸۹ =، ۰/۰۰۱ =P) کمتر از ۰/۰۵ است. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش نمرات انعطاف‌پذیری شناختی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تأثیر داشته است. مقدار مجذور ایتا (۰/۵۳) نشان می‌دهد حدود ۵۳ درصد از تغییرات نمرات پس‌آزمون متغیر وابسته توسط روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری:

مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و انعطاف‌پذیری شناختی بر دیابت نوع ۲ انجام شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی موثر بود. این یافته با نتایج سایر مطالعات همسو بود. امیریان و همکاران، نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش تحمل پریشانی می‌شود (۱۹). در تبیین این یافته می‌توان گفت در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، با تاکید بر تمایل افراد به تجربه های درونی به آن‌ها کمک شود تا افکار آزاردهنده شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی شان آگاه شده و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش های شان است، بپردازند. این درمان، همچنین با تمرکز بر استعاره های مختلف و تمرکز بر درد و رنج و رهاسازی ذهن و پرهیز از اجتناب تجربه های درونی با استفاده از استعاره و آموزش های ارایه شده در جلسه درمان میزان پریشانی روانشناختی این بیماران را کاهش می‌دهد. در روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، به افراد آموزش داده می شود که به جای اجتناب فکری و عملی از افکار و موقعیت های اجتماعی با افزایش پذیرش روانی نسبت به تجارب درونی وضعیت زندگی خود را بهبود بخشند، به ارزش های شخصی برسند و مشکلات کمتر قابل اجتناب را از سر راه بردارند و از این طریق باعث افزایش تحمل پریشانی‌ها و سلامت روان و بهزیستی خود شوند (۵). در واقع رویارویی فعال و موثر با احساسات، پرهیز از اجتناب، تغییر نگاه نسبت به خود و چالش‌ها، بازنگری در ارزش‌ها و اهداف زندگی و در نهایت تعهد به هدفی اجتماعی را می توان جزو عوامل اصلی این روش دانست. ترغیب بیماران مبتلا به دیابت به شناسایی ارزشهای‌شان و تعیین اهداف، اعمال، موانع و در نهایت تعهد به انجام آن‌ها در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها با وجود مشکلات باعث می شود ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن رضایت از زندگی افزایش یابد و این افراد از گیرافتادن در حلقه افکار و احساسات منفی از قبیل اضطراب، استرس، یأس، ناامیدی و افسردگی که باعث افزایش شدت مشکلات می شوند، رها شوند که این امر در نهایت باعث افزایش آستانه تحمل پریشانی می‌شود . درمان مبتنی بر تعهد و پدیرش با تغییر نوع تفکر و تغییرات نحوه فکر کردن و برداشت از رنج‌ها و آسیب‌هایی که مستلزم زندگی بشری است به میزان زیادی می‌تواند هیجانات منفی از قبیل استرس و اضطراب را کاهش دهد. استرس یکی از عوامل افزایش قند خون در بیماران دیابتی است (۱۹).

دیگر یافته این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری شناختی موثر بود. این یافته با نتایج سایر مطالعات همسو بود. حسینی و همکاران (۱۹) و همچنین اینبرگ و همکاران (۲۱) نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش انعطاف پذیری شناختی می‌شود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت برنامه آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به آزمودنی‌ها کمک کرده است تا افکار و احساساتشان را بپذیرند و نسبت به تغییرات بوجود آمده متعهد باشند . در این شیوه درمان به افراد کمک می‌شود تا افکار آزار دهنده شان را فقط بعنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی شان آگاه شوند و بجای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزشهای‌شان است قدم بر دارند. همچنین در این برنامه آموزشی به افراد کمک می‌شود تا دریابند که داشتن یک زندگی سالم ضرارتاً همراه احساس بسیار خوب نیست بلکه هدف اینست که هم احساس خوب و هم زندگی خوبی را داشته باشیم (۲۰). اگر افراد همان طور که هیجانات را خود را تجربه می‌کنند، وقتی شرایط باعث ایجاد احساس بد می‌شوند و هیجانات بد را تجربه می‌کنند از نظر روانشناختی سالم می‌باشند. وقتی تفسیرهای افراد در مورد

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره چهارم، زمستان ۱۴۰۱، پیاپی (۴)۳۵ ص ۷۸-۶۳

Family and health Quarterly, vol12, Issu4, Winter 2023, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1401.12.4.3.9

پیام‌ها غالب می‌شود، توانایی حفظ خود در برابر آن احساسات را نخواهند داشت و برعکس ،وقتی هیجانات فقط که احساس باشند می‌توانند معنای واقعی خودشان را داشته باشند یا به عبارت دیگر احساسات کمی از گذشته آن‌ها را به زمان حال می‌آورند . در واقع فرایندهای مرکزی پذیرش مبتنی بر تعهد به افراد آموزش می‌دهد، چگونه عقیده بازداری فکر را رها کنند، از افکار آزار دهنده رهایی یابند بجای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده گر را تقویت نمایند و رویدادها را به جای کنترل بپذیرند (۲۱).

محدودیت های پژوهش:

از محدویت های این مطالعه می توان اشاره کرد که بررسی ها و مصاحبه ها مطابق با چند جلسه روان درمانی بوده است و زمان برای دوره های پیگیری نیز وجود نداشت. جلسات آموزش درمان هم بامشکلات زیادی نظیر توجیه حضور به موقع درجلسات، غیبت نکردن از جلسات درمانی و موارد دیگر همراه بود. همچنین از انجایی که مطالعه در شهر ساری بدین معنی که تنها در یک مکان و شهر انجام شده است در تعمیم نتایج به کل کشور یا کل مبتلایان به ذیابت نوع ۲ باید احتیاط صورت گیرد. با توجه به نتایج این مطالعه به درمان‌گران پیشنهاد می شود، پژوهش‌های مختلف در جمعیت‌های مختلف(سنی، تحصیلی و...) انجام شود. همچنین از سایر مداخلات درمانی استفاده شود.

سپاسگزاری:

این مقاله برگرفته از رساله‌ی دکترای نویسنده اول و دارای کد اخلاق IR.IAU.SARI. REC.1399.096 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری است. بدینوسیله نویسندگان از کلیه شرکت کنندگان در این پژوهش و تمام کسانی که به نحوی مؤثر در انجام این پژوهش همکاری کردند، تقدیر و تشکر می‌کنند.

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره چهارم، زمستان ۱۴۰۱، پیاپی (۴)۳۵ ص ۲۵-۱۱
Family and health Quarterly, vol12, Issu4, Winter 2023, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R 20.1001.1.23223065.1401.12.4.2.8

References:

1. Zimmet PZ. Diabetes and its drivers: the largest epidemic in human history?. Clinical diabetes and endocrinology, 2017; 3(1):1-8.

2. Karadere ME, Yavuz KF, Asafov EY, Küçükler FK. Reliability and validity of a Turkish version of the acceptance and action diabetes questionnaire. Psychiatry investigation, 2019;16(6):418.

3. Care D. Economic Costs of Diabetes in the US in 2017. Diabetes care, 2018; 41(5): 917-928.

4. Yazdi M, Saffarinia M, Zare H. Comparison the efficacy of life-based treatment and emotional regulation therapy on HbA1C biological markers and blood glucose in patients with type 2 diabetes. Quarterly Journal of Health Psychology, 2020; 9(33): 61-78. [In Persian]

5. Faal M, Atef vahid T, MadadiTaeme Z, SHaaban N, Amani O. 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, 2019; 7 (4):41-49. [In Persian]

6. Ramaci T, Bellini D, Presti G, Santisi G. Psychological Flexibility and Mindfulness as predictors of individual outcomes in hospital health workers. Frontiers in Psychology, 2019;10:1302.

7. Moradzadeh F, Pirkhaefi AR. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on marital satisfaction and cognitive flexibility among married employees of the welfare office. Iranian Journal of Psychiatric Nursing, 2018; 5(6): 1-6. [In Persian]

8. Buttelmann F, Karbach J. Development and plasticity of cognitive flexibility in early and middle childhood. Frontiers in psychology, 2017;8:1040-44.

9. Jaser SS, Datye K, Morrow T, Sinisterra M, LeStourgeon L, Abadula F, Bell GE, Streisand R. Positive psychology intervention to treat diabetes distress in teens with type 1 diabetes: Rationale and trial design. Contemporary Clinical Trials, 2020;96:106086.

10. Potter CM, Vujanovic AA, Marshall-Berenz EC, Bernstein A, Bonn-Miller MO. Posttraumatic stress and marijuana use coping motives: The mediating role of distress tolerance. Journal of anxiety disorders, 2011; 25(3): 437-43.Link

11. Hosein Esfand Zad A, Shams G, Pasha Meysami A, Erfan A. The Role of Mindfulness, Emotion Regulation, Distress Tolerance and Interpersonal Effectiveness in Predicting Obsessive-Compulsive Symptoms. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 2017; 22 (4) :270-283. [In Persian]

12. Roohi R, Soltani A A, Zinedine Meimand Z, Razavi Nematollahi V. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Increasing the Self-Compassion, Distress Tolerance, and Emotion Regulation in Students with Social Anxiety Disorder. Journal of Children Mental Health, 2019; 6 (3) :173-187.[In Persian]

13. Kozak AT, Fought A. Beyond alcohol and drug addiction. Does the negative trait of low distress tolerance have an association with overeating? Appetite, 2011;57(3):578-81.

14. Nasiri F, Omidi A, Mozaffari M, Mousavi SGA, Joekar S. Effectiveness of group acceptance and commitment therapy (ACT) on Self-care and HbA1C in type II diabetic patients. FEYZ, 2020; 24(2): 209-218.[In Persian]

17. Duff H, Larsson A, McHugh L. Evaluations of self-referential thoughts and their association with components of Acceptance and Commitment Therapy. J Contex Behav Sci, 2016; 5(1): 39-47.

16. Bardeen JR, Fergus T. The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. J Con Behav Sci, 2016; 5(1): 1-6.

17. Bendig E, Bauereiss N, Schmitt A, Albus P, Baumeister H. Act on Diabetes—a guided psychological internet intervention based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for adults living with type 1 or 2 diabetes: results of a randomized controlled feasibility trial. BMJ open, 2021;11(7): 049238.

18. Sakamoto R, Ohtake Y, Kataoka Y, Matsuda Y, Hata T, Otonari J, Yamane A, Matsuoka H, Yoshiuchi K. Efficacy of acceptance and commitment therapy for people with type 2 diabetes: Systematic review and meta-analysis. J Diabetes Investigation, 2021; 4(6): 21-36.

19. Amirian K., Mami S., Ahmadi V., Mohamadzadeh J.. Effectiveness of Group Psychotherapy Based on Acceptance and Commitment Therapy on Difficulties Emotion Regulation and Distress Tolerance in Substance Abusers. Journal of Education and Community Health, 2022; 5(2): 53-61. [In Persian]

20. Einbeigi A, Soleimanian AA, Jajarmi M. Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Existentialism Therapy on Increasing Improving Cognitive Flexibility in the Elderly. J North Khorasan University of Medical Sciences, 2021;13(1):85-92.

21. Hosseini SF, Karimi J, Ghadampour E. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Emotion Regulation Strategies and Cognitive Flexibility in Gastrointestinal Patients. Yafteh, 2021;23(2).[In Persian]

22. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. Motivation and emotion, 2005;29(2):83-102.

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره چهارم، زمستان ۱۴۰۱، پیاپی (۴)۳۵ ص ۲۵-۱۱
Family and health Quarterly, vol12, Issu4, Winter 2023, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R 20.1001.1.23223065.1401.12.4.2.8

23. Alavi Kh, Modarres Gharavi M, Amin-Yazdi SA, Salehi Fadardi J. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. Journal of Fundamentals of Mental Health, 2011; 13(2): 124-35. [In Persian]

24. Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. Cognition Therapy Research, 2010; 34, 241-253

25. Fazeli, M., Ehteshamzadeh, P., Hashemi, S. The effectiveness of cognitive behavior therapy on cognitive flexibility of depressed people. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology, 2015; 9(34): 27-36.[In Persian]

26. Ayes SC. A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy. New York. Springer Science and Business, Media Inc. 2008; 168.

27. Ngan HY, Chong YY, Chien WT. Effects of mindfulness-and acceptance-based interventions on diabetes distress and glycemic level in people with type 2 diabetes: Systematic review and meta-analysis. Diabetic Medicine, 2021; 38(4): 14525.