

روانشناسی ورزش

دانشگاه شهید بهشتی

دو فصلنامه روان‌شناسی ورزش

پاییز و زمستان ۱۴۰۰، دوره ۶، شماره ۲، صفحه‌های ۲۰۳-۱۸۸

تاثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان خودشفقت‌ورزی بر فعالیت بدنی و شاخص توده بدنی در بیماران مبتلا به

دیابت نوع ۲

صدف مفهوم^۱، مهدی دهستانی^{۲*}، فاطمه محمدی شیرمحلله^۳، پریسا پیوندی^۳

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

۲. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

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

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۰۸ تاریخ اصلاح: ۱۴۰۰/۰۵/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۱۰

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان خودشفقت‌ورزی بر فعالیت بدنی و شاخص توده بدنی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بود.

روش‌ها: 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 مراجعه‌کننده به آزمایشگاه تحقیق شهر تهران در پاییز و زمستان سال ۱۳۹۹ 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 گواه قرار گرفتند. ابزار پژوهش شاخص توده بدنی و نیمرخ سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامتی 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 درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان خودشفقت‌ورزی بر فعالیت بدنی و شاخص توده بدنی اثربخش هستند ($P < 0.05$) و بین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان خودشفقت‌ورزی بر فعالیت بدنی و شاخص توده بدنی تفاوت معنادار وجود ندارد ($P > 0.05$).

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان خودشفقت‌ورزی هر دو به یک اندازه بر فعالیت بدنی و شاخص توده بدنی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ اثربخش هستند.

واژه‌های کلیدی: تعهد و پذیرش، خودشفقت‌ورزی، دیابت، فعالیت بدنی

مقدمه

به عنوان اضافه وزن، شاخص توده بدنی بین ۳۰ تا ۳۵ به عنوان چاقی، شاخص توده بدنی بین ۳۵ تا ۴۰ به عنوان چاقی شدید و شاخص توده بدنی بالاتر از ۴۰ به عنوان چاقی مرضی در نظر گرفته می‌شود که با افزایش بسیار زیاد خطر همراه است (۷). از آنجا که اضافه وزن و چاقی نه تنها تهدیدکننده سلامت جسمانی است بلکه پیامدهای منفی روانی، اقتصادی، اجتماعی را موجب می‌شود و مستلزم هزینه‌های پزشکی است و از این رو باید مورد توجه قرار گیرد.

خودمراقبتی^۱ در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ همچنان یک چالش برای این افراد در نظر گرفته می‌شود. خودمراقبتی شامل داشتن یک رژیم غذایی سالم، ورزش منظم، پیروی از داروهای تجویز شده، مراقبت از پا، پایش گلوکز^۲ و مقابله روانی است و با سطوح گلیسمی^۳ و عوارض مرتبط با دیابت ارتباط منفی دارد. با این حال، سطوح خودمراقبتی، مانند رفتارهای غذایی و سطح فعالیت بدنی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ در مقایسه با افراد غیرمبتلا کمتر است (۸). روان‌شناسی ورزشی به بررسی چگونگی تأثیر عوامل روان‌شناختی بر عملکرد آدمی و همین‌طور چگونگی مشارکت تأثیرات ورزش و تمرین‌های ورزشی بر عوامل روان‌شناختی و جسمی می‌پردازد (۹). انتخاب شیوه زندگی که متکی بر انجام فعالیت‌های بدنی شده باشد، هم می‌تواند از شدت عوارض وابسته به دیابت بکاهد و هم می‌تواند هزینه‌های مراقبت‌های پزشکی را کم کرده و کیفیت زندگی را برای بیماران دیابتی بهبود بخشد (۱۰). وقوع دیابت نوع ۲ با افزایش عواملی نظیر چاقی، تغییرات رژیم غذایی و کاهش فعالیت بدنی بالا می‌رود. فعالیت بدنی در پیشگیری اولیه و ثانویه از بیماری‌های قلبی-عروقی و پیشگیری از عوارض خاص بیماری دیابت کمک‌کننده

دیابت شیرین به یکی از شایع‌ترین بیماری‌های متابولیک تبدیل شده است. دیابت خطر بیماری‌های قلبی عروقی، اختلال عملکرد اندام‌های مختلف (مانند چشم‌ها، کلیه‌ها، پا) و مرگ و میر را افزایش می‌دهد (۱). جمعیت دیابتی‌های دنیا هم اکنون ۴۲۲ میلیون نفر است که این رقم تا سال ۲۰۴۰ به ۶۴۲ میلیون نفر می‌رسد (۲). در ایران ۱۱ درصد جمعیت بالای ۲۵ سال یعنی بیش از ۵ میلیون نفر، مبتلا به دیابت هستند (۳). دیابت یک اختلال در متابولیسم (سوخت و ساز) بدن است (۴) که عواملی همچون، عوامل ژنتیکی و محیطی، در بروز آن نقش دارند (۲). 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 (۴). ولی 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 (۵).

افراد دارای اضافه وزن و چاقی بیش از سایرین در خطر ابتلا به انواع دیابت خصوصاً دیابت نوع ۲ قرار دارند که با نام‌های دیابت مقاوم به انسولین یا دیابت بزرگسالان نیز شناخته می‌شود (۶). شاخص توده بدنی را برای اندازه‌گیری میزان اضافه وزن به کار برده می‌شود. این شاخص از تقسیم وزن فرد (برحسب کیلوگرم) بر مجذور قد (برحسب متر) محاسبه می‌شود. گفته می‌شود که شاخص توده بدنی معادل ۱۸/۵ تا ۲۴/۹ نشان‌دهنده وزن طبیعی و سالم، شاخص توده بدنی بین ۲۹/۹ تا ۲۵

به معنای خواستن هیجان‌ها و تجارب آزارنده، تحمل صرف آن‌ها و از خود استقامت نشان دادن نیست؛ بلکه تمایل به تجربه رویدادهای ناخوشایند است، یعنی رویدادهای درونی که در مسیر رفتار همسو با ارزش‌ها، قد علم می‌کنند. بنابراین پذیرش یا قطب مخالف اجتناب تجربه‌ای، یکی از عناصر اصلی انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی است (۲).

افراد دارای اضافه وزن برای کاهش افکار و احساسات منفی و خودسرزنش‌گرانه مؤثر بر رفتار خوردن‌شان نیاز به خودشفقت‌ورزی دارند و از این‌رو درمان خودشفقت‌ورزی نیز می‌تواند در کاهش وزن و شاخص توده بدنی این افراد مؤثر باشد (۳). نف (۹) خود شفقتی را به عنوان سازه‌ای سه مولفه‌ای، شامل این موارد تعریف می‌کند: مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود (درک خود به جای قضاوت یا انتقاد و نوعی مهرورزی و حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود)، اشتراک‌های انسانی در مقابل انزوا (اعتراف به اینکه همه انسان‌ها دارای نقص هستند و اشتباه می‌کنند) و بهوشیاری در مقابل همسان‌سازی افراطی (آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال که باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه، نه نادیده گرفته شوند و نه به‌طور مکرر، ذهن را اشغال کنند). در همین راستا، ساسانی و همکاران (۱۴) 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.

اگرچه که تلاش‌های زیادی برای کاهش اضافه وزن و چاقی توسط متخصصان تغذیه و جراحان صورت گرفته اما هنوز چاقی مشکلی اپیدمی است که لزوم بررسی هر

است (۱۰). به هرگونه حرکت بدن که در اثر انقباض و انبساط عضلات اسکلتی بدن ایجاد می‌شود و نیازمند صرف انرژی است، فعالیت بدنی گفته می‌شود (۹). فعالیت بدنی یکی از ابعاد سبک زندگی ارتقادهنده سلامت است که منبع مهم و تأثیرگذاری در سلامت جسمانی، روان‌شناختی، شناختی و اجتماعی به شمار می‌رود (۱۱، ۱۲) و بنابراین مشارکت منظم در فعالیت بدنی برای سلامتی ضروری است. افرادی که مشارکت فعال در فعالیت‌های بدنی دارند از سطح بالاتری از آمادگی جسمانی بهره‌مند می‌شوند و در معرض خطر کمتر ابتلا به بسیاری از شرایط پزشکی ناتوان‌کننده نسبت به افراد غیرفعال قرار دارند. به طور گسترده اذعان شده است که مزایای سلامتی مشارکت در فعالیت‌های بدنی فقط به سلامت جسمانی محدود نمی‌شود بلکه سلامت روانی را نیز شامل می‌شود (۳).

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 (۴) و درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی (۱۴) اشاره کرد. علاوه براین، به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که موجب اقدام به عمل متعهدانه می‌شود موجب کاهش وزن و شاخص توده بدنی شود (۱۲). یکی از مهم‌ترین فنون درمان پذیرش و تعهد، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه است. ترغیب افراد به شناسایی ارزش‌های‌شان و تعیین اهداف، اعمال، موانع و در نهایت تعهد آن‌ها به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌های‌شان با وجود مشکلات باعث می‌شود که ضمن تحقق اهداف، افراد را از گیر افتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی که به نوبه خود باعث افزایش شدت مشکلات می‌شود؛ رهایی بخشد. پذیرشی که از ذهن آگاهی و معطوف ساختن توجه بر تجارب درونی حاصل می‌شود در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

- 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 استفاد 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.

ابزار گردآوری داده‌ها

شاخص توده بدن

این شاخص از تقسیم وزن به (کیلوگرم) بر مجذور قد (متر) به دست می‌آید.

نیمرخ سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامتی

نیمرخ سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامتی که توسط والکر و همکاران در سال ۱۹۸۷ ساخته شده شامل ۵۲ گویه و ۶ مؤلفه تعالی معنوی^۵، مسئولیت‌پذیری سلامتی^۶، تغذیه، فعالیت بدنی، مدیریت استرس و حمایت بین فردی^۷ را در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از هرگز= ۱، گاهی اوقات= ۲، اغلب= ۳ تا همیشه= ۴ مورد ارزیابی قرار می‌دهد. والکر و همکاران (۱۵) به وسیله تحلیل عاملی اکتشافی نشان دادند که این ۶ مؤلفه ۴۷ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کنند. همچنین برای این ابزار ضرایب آلفای کرونباخ را در دامنه‌ای از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ گزارش کردند. محمدی زیدی و همکاران (۱۰) ضریب آلفای کرونباخ را برای این ابزار ۰/۸۲ و برای مؤلفه‌ها را از ۰/۶۴ تا ۰/۹۱ گزارش کردند. در پژوهش آنها چرخش واریماکس ۶ عامل را با مقدار ایگن بیشتر از یک نشان داد که ۵۸ درصد واریانس را تبیین می‌کرد و تحلیل عاملی تأییدی نشان داد مدل شش عاملی گویایی برازش

چه بیشتر عوامل اثرگذار بر آن و درمان‌های روان‌شناختی با توجه به قوی بودن عوامل روان‌شناختی در سبب‌شناسی چاقی که به موازی درمان‌های رایج چاقی به کار روند و یا حتی به تنهایی به کار گرفته شوند به چشم می‌خورد. با توجه به این شرایط انتخاب درمان ارجح یا تلفیق درمان‌ها در راستای اثربخشی بیشتر برای شرایط روانی این بیماران مسئله‌ای حائز اهمیت است که باید بیشتر مورد بررسی قرار گیرد. بنابراین هدف پژوهش حاضر پاسخ‌گویی به سؤال مقابل بود: آیا اثر اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان خودشفقت-ورزی بر فعالیت بدنی و شاخص توده بدنی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ متفاوت است؟

روش پژوهش

هدف پژوهش کاربردی و روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری با گروه گواه بود.

نمونه‌های پژوهش

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 ۱۳۹۹ 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 براساس معیارهای ورود و خروج ۴۵ نفر انتخاب شدند که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه قرار گرفتند.

معیارهای ورود به پژوهش و معیارهای خروج

قابل قبولی دارد. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۷۶ به دست آمد.

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 پیش آزمون. 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 به جای 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: مشاهده‌گر، استعاره صفحه شطرنج و اثاثیه در منزل، آیا فاصله‌ای بین رفتارهای فعلی خود و ارزش‌های 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 هستند 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 مرور مطالب جلسات قبل و تکالیف، رفع ابهامات و آماده شدن برای پایان جلسات، اجرای پس آزمون خاتمه

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 همراه با تمرین واریسی بدنی و تنفس و آشنایی با شفقت	آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی؛ آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند و تکالیف خانگی
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 شرکت‌کننده‌ها 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 مشوقانه، 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 شرکت‌کننده‌ها 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.

روش اجرا

نحوه اجرای پژوهش به این شکل بود که پس از اخذ مجوز ل، 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 براساس پاسخ‌های افراد به پرسشنامه جمعیت‌شناختی بررسی شد و در نهایت ۴۵ نفر انتخاب شدند. پس از گمارش تصادفی شرکت‌کننده-ها، در مرحله بعد، 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" "اسکایپ" آموزش "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" و "درمان خودشفقت‌ورزی" را دریافت کردند و گروه گواه هیچ نوع مداخله آموزشی دریافت نکرد. در پایان مداخله نیز تمامی شرکت‌کننده-های ۳ گروه، جهت پس‌آزمون و پس از گذشت ۱ ماه جهت پیگیری پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. کل مدت دوره ۳ ماه به طول انجامید.

تحلیل آماری

در پژوهش حاضر جهت بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی از روش‌های آمار توصیفی نظیر میانگین و انحراف معیار، جهت مقایسه گروه‌ها به لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی از "تحلیل واریانس یک راهه" و جهت تحلیل داده‌ها، آزمون فرضیه‌ها و مقایسه متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری از روش-های آماری "تحلیل واریانس با طرح اندازه‌گیری مکرر"،

"آماره فیشر" و آزمون تعقیبی "بونفرونی" و نرم افزار SPSS-22 استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی

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.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر در هر سه گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، درمان خودشفقت‌ورزی و گواه ۱۰ زن (۶۶/۶۷ 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 ۳۶-۴۰ سال، ۳ نفر (۲۰ درصد) در طبقه سنی ۴۱-۴۵ سال و ۲ نفر (۱۳/۳۳ درصد) در طبقه سنی ۴۶-۵۰ سال قرار داشتند. در گروه درمان خودشفقت‌ورزی ۶ نفر (۴۰ درصد) در طبقه سنی ۳۵-۳۰ سال، ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) در طبقه سنی ۳۶-۴۰ سال، ۳ نفر (۲۰ درصد) در طبقه سنی ۴۱-۴۵ سال و ۲ نفر (۱۳/۳۳ درصد) در طبقه سنی ۴۶-۵۰ سال قرار داشتند. در گروه گواه ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) در طبقه سنی ۳۵-۳۰ سال، ۶ نفر (۴۰ درصد) در طبقه سنی ۳۶-۴۰ سال، ۲ نفر (۱۳/۳۳ درصد) در طبقه سنی ۴۵-۴۰

دو فصلنامه روانشناسی ورزش، پاییز و زمستان ۱۴۰۰، دوره ۶، شماره ۲

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) 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 زیردیپلم، ۹ نفر (۶۰ درصد) تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس و ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) تحصیلات بالاتر از لیسانس داشتند.

۴۱ سال و ۳ نفر (۲۰ درصد) در طبقه سنی ۴۶-۵۰ سال قرار داشتند. استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک راهه نشان داد بین ۳ گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، درمان خودشفقت‌ورزی و گواه به لحاظ میانگین سنی تفاوت معناداری وجود نداشت ($F=0/115$ ، $P=0/1891$). 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

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان خودشفقت‌ورزی بر متغیر شاخص توده بدنی

متغیر	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
وزن	گروه	۳۶۱/۵۲	۲	۱۸۰/۷۶	۶/۳۴	۰/۰۰۴	۰/۲۳۲
	زمان	۱۲۴/۰۹	۱/۴۱	۸۷/۹۷	۷۶/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۶۴۶
	زمان*گروه‌ها	۲۱۹/۵۳	۲/۸۲	۷۷/۸۱	۶۷/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶۴
شاخص توده بدنی	گروه	۶۲۹/۰۸	۲	۳۱۴/۵۴	۱۱/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۳۵۹
	زمان	۱۵۶/۹۹	۱/۲۰	۱۳۰/۱۰	۳۲/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۴۳۹
	زمان*گروه‌ها	۱۴۳/۴۹	۲/۴۱	۵۹/۴۶	۱۵/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۱۷

آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری را نشان داد ($P=0/001$). در جدول ۳ اثر تعاملی نشان می‌دهد میانگین شاخص توده بدنی و فعالیت بدنی در طول زمان مطالعه بین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه درمان خودشفقت‌ورزی و گروه گواه تفاوت معناداری را نشان داد ($P=0/001$).

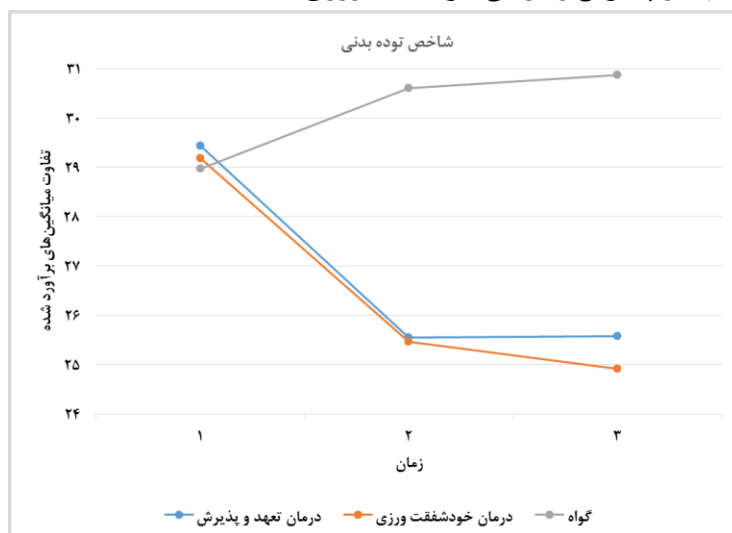
جدول ۳ نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان خودشفقت‌ورزی برای گروه‌های مداخله موجب کاهش شاخص توده بدنی و افزایش فعالیت بدنی نسبت به گروه گواه شدند ($P=0/018$). در جدول ۳ اثر زمان نشان می‌دهد میانگین شاخص توده بدنی و فعالیت بدنی در طول زمان مطالعه و سه بار اندازه‌گیری پیش

جدول ۴- نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه‌های جفتی میانگین‌های اثر گروه و زمان برای متغیر شاخص توده بدنی

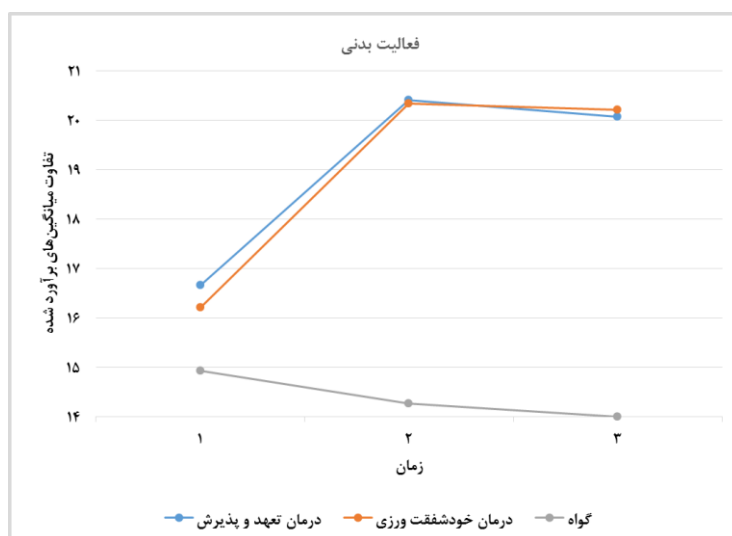
تفاوت		تفاوت گروه‌ها		
مقدار	تفاوت میانگین	مقدار	تفاوت میانگین	
۱/۰۰۰	۰/۳۲۷	درمان خودشفقت ورزشی	درمان بر تعهد و پذیرش	شاخص توده بدنی
۰/۰۱۶	-۳/۲۹	گواه	درمان خودشفقت ورزشی	
۰/۰۰۷	۳/۶۲	گواه	درمان بر تعهد و پذیرش	
۱/۰۰۰	۰/۱۳۳	درمان خودشفقت ورزشی	درمان خودشفقت ورزشی	
۰/۰۰۱	۴/۶۴	گواه	درمان بر تعهد و پذیرش	
۰/۰۰۱	۴/۵۱	گواه	درمان خودشفقت ورزشی	
تفاوت		تفاوت زمان‌ها		فعالیت بدنی
مقدار	تفاوت میانگین	مقدار	تفاوت میانگین	
۰/۰۰۱	۱/۹۹	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۲/۰۷	پیگیری	پس آزمون	
۱/۰۰۰	-۰/۰۸۴	پیگیری	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۲/۴۰	پس آزمون	پس آزمون	
۰/۰۰۱	-۲/۱۵	پیگیری	پس آزمون	
۰/۲۷۶	۰/۲۴۴	پیگیری	پس آزمون	

پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری بود که نشان‌دهنده اثربخشی که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان خودشفقت‌ورزی بر متغیرهای شاخص توده بدنی و فعالیت بدنی در گروه‌های مداخله و تداوم این اثرات در مرحله پیگیری است.

جدول ۴ نشان می‌دهد نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی حاکی از تفاوت معنادار میانگین متغیرهای شاخص توده بدنی و فعالیت بدنی در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان خودشفقت‌ورزی با گواه و همچنین میانگین متغیرهای شاخص توده بدنی و فعالیت بدنی در مرحله



شکل ۱- نمودار مربوط به تغییرات میانگین‌های برآورد شده متغیر شاخص توده بدنی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان خودشفقت‌ورزی و گروه گواه



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

بدنی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ اثربخش هستند و اثربخشی هر دو درمان در طول زمان ماندگار است. بین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان خودشفقت‌ورزی بر شاخص توده بدنی و فعالیت

دو فصلنامه روانشناسی ورزش، پاییز و زمستان، ۱۴۰۰، دوره ۶، شماره ۲

خودشفقت ورزشی بر شاخص توده بدنی و فعالیت بدنی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ تفاوت معناداری وجود ندارد. نتایج حاصل از آزمون این فرضیه با نتایج حاصل از پژوهش‌های کاظمی و همکاران؛ ساسانی و همکاران (۱۴)؛ و لیلیس و کندرا (۱۶) همسو بود.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال ساختن الگوهای پاسخ‌دهی رفتاری منعطف‌تر و کارآمدتر بیش‌تری از طریق افزایش الگوهای رفتاری مطابق با ارزش‌های انتخاب شده است. کار اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که به مراجعان کمک می‌کند از طریق فرآیند شناسایی و بنا کردن مجموع‌های از ارزش‌ها و استفاده از آن‌ها جهت شکل دادن به اهداف و طرح اقدامات ویژه، در زندگی‌شان متعهدتر و فعال‌تر باشند و در مسیر ارزش‌های خود گام بردارند به طوری که به عنوان مثال افراد دچار اضافه وزن بعد از تعیین ارزش‌های خود برای لاغری، رفتارهای متعهدانه‌تری نیز به رژیم غذایی‌شان اختیار کنند، به طوری که در مواجهه با غذا خودکنترلی بیشتری از خود نشان دهند (۱۷). طبق نظریه هایز و همکاران (۱۸) درمان پذیرش و تعهد از طریق توجه آگاهانه به حال و فرآیند پذیرش، علاوه بر فرآیندهای عمل متعهدانه و تغییر رفتار، انعطاف‌پذیری و مهارت‌های روان‌شناختی را پرورش می‌دهد که از آن جمله می‌توان به خودکنترل‌گری و انتخاب رفتارهای مرتبط با سبک زندگی ارتقادهنده سلامت اشاره کرد.

در تبیین اثربخشی درمان خودشفقت‌ورزی بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌توان گفت زمانی که استرس‌های درونی بیمار دیابتی کاهش می‌یابد و فرد شفقت‌ورزانه و با ذهن آگاهی با بحران‌ها مواجه می‌شود، آگاهانه بر بیماری خود متمرکز

شده و بدین ترتیب رفتارهای ارتقادهنده سلامت را محکم‌تر از گذشته اتخاذ می‌کند (۱۲). فریس و همکاران (۱۱) نتیجه گرفتند که خودشفقت‌ورزی موجب کاهش خودانتقادگری منفی و بهبود انگیزه برای انجام رفتارهای خودمراقبتی می‌شود. عاطفه منفی در بیماران مبتلا به دیابت می‌تواند خود تنظیمی رفتارهای ارتقادهنده سلامت را مختل کند. خودشفقت‌ورزی که موجب مراقبت از خود در مواقع دشوار می‌شود، می‌تواند عواطف منفی را کاهش دهد و خودتنظیمی را ارتقا بخشد. شروع و یا پایبندی به رفتارهای ارتقادهنده سلامت به دلیل نیاز به خودتنظیمی چالش برانگیز است؛ زیرا افراد برای خودتنظیمی موفقیت آمیز یک رفتار، باید یک هدف معقول تعیین کنند، برنامه خود را برای انطباق با هدف خود برنامه ریزی کنند، در رویارویی با موانع بر روی هدف خود پافشاری کنند و در صورت عدم پیشرفت کافی، هدف را مجدداً تنظیم کنند (۱۹). بدین ترتیب، در طی جلسات درمان خودشفقت‌ورزی بیماران با مواجهه با بحران‌ها، از اراده و قدرت و انگیزش کافی برای اتخاذ رفتارهای ارتقادهنده سلامت و به دست آوردن سلامتی خود برخوردار گردیده و در نتیجه کنترل بیماری افزایش یافته و از فواید تمامی این عوامل بهره‌مند شوند. علاوه بر این، ابتلاء به بیماری دیابت نه تنها به لحاظ جسمانی بلکه به لحاظ روان‌شناختی و اجتماعی نیز فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و درد و رنج وی را تشدید کرده و یا موجب درد و رنج او می‌شود. در این میان، ارزیابی نیاز و ادراک نیاز از جمله نگرش‌های فرد نسبت به بیماری است که میزان رفتارهای ارتقادهنده سلامت را در او افزایش می‌دهد. ادراک نیاز یعنی اینکه فرد بیمار چگونه سلامت عمومی و عملکرد خودشان را می‌بیند، چگونه علائم بیماری و دردش را تجربه می‌کند، چقدر درباره سلامتی خود نگران است و چقدر مشکل آن‌ها مهم است که به دنبال کمک‌های پزشکی بیفتد. ادراک نیاز جز

معنای تمایل به تجربه رویدادهای ناخوشایند مانند اضافه وزن و فراز و نشیب‌هایی است که در مسیر رفتارهای سلامت همسو با ارزش‌هایی چون کاهش وزن، قد علم می‌کنند. بنابراین پذیرش آنچه برای فرد ناخوشایند است مانند اضافه وزن و چاقی که موجب تصویر بدن نامطلوب و راهبردهای اجتنابی در مقابله با آن شده، یکی از عناصر اصلی درمان پذیرش و تعهد با هدف افزایش انعطاف-پذیری روان‌شناختی در عوض اجتناب است (۲۱).

در تبیین اثربخشی درمان خودشفقت‌ورزی بر شاخص توده بدنی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌توان گفت انسان نمی‌تواند مشکلات و آسیب‌های ایجاد شده را نادیده بگیرد و در همان زمان نسبت به آن‌ها احساس شفقت‌ورزی داشته باشد و از خود مراقبت نماید (۵). داشتن شفقت به خود نیازمند این است که فرد به خاطر شکست‌ها یا نرسیدن به استانداردها، به انتقاد سخت-گیرانه از خود نپردازد؛ این مفهوم به معنی توجه نکردن یا اصلاح نکردن این نواقص نیست. زمانی که خود با این باور که انتقاد خود می‌تواند فرد را وادار به تغییر و پیشرفت کند، به خاطر اشتباهاتش به سختی مورد قضاوت قرار گیرد، عملکردهای حمایتی برای تهدید نشدن حرمت خود فرد، در جهت پنهان کردن نواقص از خود آگاهی فرد عمل می‌کنند. بدون آگاهی از خود، این ضعف‌ها مورد تهدید قرار نمی‌گیرند (۱۲). انسان‌هایی که نسبت به خود، شفقت‌ورزی دارند، درک می‌کنند که کامل نبودن، شکست خوردن و تجربه‌های سخت زندگی غیرقابل اجتناب است. بنابراین آن‌ها زمانی که با تجارب سخت زندگی مواجه می‌شوند به جای، آنکه از نرسیدن به ایده آل‌هایشان عصبانی شوند، تمایل دارند که با خود با مهربانی رفتار نمایند (۲۲). مهربانی با خود توانمندی فرد برای مهربان بودن با خود فارغ از موفقیت‌ها و شکست‌هاست. این عامل نیاز دارد که فرد توانمندی‌ها و نقایص خود را با درک و همدلی بپذیرد (۲۳). شفقت به

عوامل شناختی بیماری است که در مدل عقل سلیم نیز به آن اشاره شده است (۹). در درمان خودشفقت‌ورزی، تکنیک اصلی آموزش ذهن مشفق است. در این تکنیک به بیماران دیابتی مهارت‌ها و خصوصیات مملوء از شفقت‌ورزی آموخته شد که ادراک نیازهای آن‌ها را تحت تأثیر قرار داد (۲۰). بدین ترتیب بیماری که از خودشفقت‌ورزی برخوردار است قادر خواهد بود از تن و روان خود بهتر مراقبت کند، به طوری که موجب اتخاذ رفتارهای ارتقادهنده سلامت در او می‌شود.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر شاخص توده بدنی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌توان گفت یکی از مهم‌ترین فرایندهای این درمان، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه است. ترغیب افراد به شناسایی ارزش‌ها (مثل کاهش وزن) و تعیین اهداف، موانع و درنهایت تعهد به انجام اعمال (مثل رفتارهای مرتبط با سلامت)، موجب دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها، با وجود مشکلات، باعث می‌شود. در مدل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نتیجه مطلوب برای درمانجو، زندگی مؤثر سازنده و همسو با ارزش‌هایش است، حتی زمانی که پریشانی روان‌شناختی به هر میزان وجود دارد؛ در مورد فردی که اضافه وزن دارد ممکن است این ارزش‌ها شامل کاهش وزن و دستیابی به تصویر بدن ایده آل است. عجیب آنکه معمولاً شدت پریشانی زمانی کم می‌شود که درمانجویان از کنترل افکار و احساس‌ها ناخوشایند صرف‌نظر می‌کنند و ارزش‌هایشان رابه خوبی دنبال می‌کنند (۱۷). بدین ترتیب براساس اصول درمان پذیرش و تعهد، کم کردن وزن برای فردی که اضافه وزن دارد ارزشی به شمار می‌آید که با پذیرش و قدردانی از بدن به شکلی که هست به دست می‌آید. پذیرش در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به معنای پذیرش هیجان‌ها و تجارب آزارنده، تحمل صرف آن‌ها و از خود استقامت نشان دادن در برابر آنها نیست؛ بلکه به

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.

تشکر و قدردانی

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.

پانویس‌ها

1. Self-Care
2. Glucose Monitoring
3. Glycaemic
4. Self-Compassion
5. Self-Actualization
6. Health Responsibility
7. Interpersonal Support

خود یک رویکرد امیدوارکننده برای حمایت و قدردانی از جسم و بدن است. شفقت به خود یک راهبرد تنظیم هیجانی است که افراد را قادر می‌سازد تا با قالب‌بندی مجدد افکار انتقادی خود و شرمی که ریشه از ناراضی‌ت‌ی بدنی را از بین ببرند. شفقت به خود همچنین به افراد کمک می‌کند تا به جای ارزش‌گذاری بیش از حد به ظاهر به ارتقای دانش از تصویر بدنی مثبت خود اهمیت دهند (۲۴). بیماران دارای خودشفقت‌ورزی بالا در موقعیت‌های مختلف و چالش‌انگیز نظیر زمانی که از اضافه وزن رنج می‌برند، کارآمد عمل می‌کنند و به واسطه مهربانی که نسبت به خود دارند، شایستگی‌هایشان را شناسایی و بر مشکلات غلبه می‌کنند (۲۵).

با توجه به اینکه نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان پذیرش و تعهد و درمان خودشفقت‌ورزی، درمان‌هایی اثربخش بر فعالیت بدنی و شاخص توده بدنی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ هستند، پیشنهاد می‌شود درمان پذیرش و تعهد و درمان خودشفقت‌ورزی به عنوان درمانی مکمل در کنار رژیم‌های غذایی برای افراد دیابتی ارائه گردد.

منابع

1. Abdolkarimi M, Ghorban Shirodi S, Khalatbari J, Zarbakhsh MR. 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*, 2018, 17(70), 651-662.
2. Bowins B. Chapter 11 - Acceptance and commitment therapy. In B. Bowins (Ed.),
- States and Processes for Mental Health (pp. 107-114). Academic Press. 2021.
3. Mirzaei M, Rahmaninan M, Mirzaei M, Nadjarzadeh A, Dehghani Tafti A. Epidemiology of diabetes mellitus, pre-diabetes, undiagnosed and uncontrolled diabetes in Central Iran: results from Yazd health study. *BMC Public Health*, 2020, 20(1), 166.
4. Carlson BM. Chapter 12 - The Digestive System. In B. M. Carlson (Ed.),

- Human Body (pp. 321-355). Academic Press. 2019
5. Mackintosh K, Power K, Schwannauer M, Chan SY. The relationships between self-compassion, attachment and interpersonal problems in clinical patients with mixed anxiety and depression and emotional distress. *Mindfulness*, 2018, 9(3), 961-971.
 6. De Sá Junior SG. Pre-prediabetes (Hyperinsulinemia and/or Insulinic Resistance Marker): The Early Diagnosis of the Risks of Cardiovascular Diseases, Diabetes, and Metabolic Syndromes. *Metabolism*, 2021, 116, 154572.
 7. Fruh SM. Obesity: Risk factors, complications, and strategies for sustainable long-term weight management. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 2017, 29(S1), S3-S14.
 8. Eime RM, Young JA, Harvey JT, Charity MJ, Payne WR. A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents: informing development of a conceptual model of health through sport. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2013, 10, 98.
 9. Neff KD. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2003a, 2(2), 85-101.
 10. Yousefipoor P, Tadibi V, Behpoor N, Parnow A, Delbari M, Rashidi S. Effects of aerobic exercise on glucose control and cardiovascular risk factor in type 2 diabetes patients. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 2015, 57(9), 976-984.
 11. Friis AM, Consedine NS, Johnson MH. Does Kindness Matter? Diabetes, Depression, and Self-Compassion: A Selective Review and Research Agenda. *Diabetes spectrum: a publication of the American Diabetes Association*, 2015, 28(4), 252-257.
 12. Gilbert P. *The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges* (1st Ed). New Harbinger Publications. 2010.
 13. Haible S, Volk C, Demetriou Y, Höner O, Thiel A, Sudeck G. Physical activity-related health competence, physical activity, and physical fitness: Analysis of control competence for the self-directed exercise of adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2019, 17, 39.
 14. Sasani K, Seirafi M, Meschi F, Sarami G, Peymani J. 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. *Iranian Journal of Nursing Research*, 2020, 14(6), 78-87.
 15. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health-Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. *Nursing research*, 1987, 36(2), 76-81.
 16. Lillis J, Kendra KE. Acceptance and Commitment Therapy for weight control: Model, evidence, and future directions. *Journal of contextual behavioral science*, 2014, 3(1), 1-7.
 17. Hayes SC, Smith S. *Get Out of Your Mind and Into Your Life: The New Acceptance and Commitment Therapy (A New Harbinger Self-Help Workbook)*. New Harbinger Publications. 2005.
 18. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change*. The Guilford Press. 2016.
 19. Morgan TL, Semenchuk BN, Ceccarelli L, Kullman SM, Neilson CJ, Kehler DS, Duhamel TA, Strachan SM. Self-Compassion, Adaptive Reactions and Health Behaviours among Adults with Prediabetes and Type 1, Type 2 and Gestational Diabetes: A Scoping Review.

- Canadian Journal of Diabetes, 2020, 44(6), 555-565.e552.
20. Krieger T, Altenstein D, Baettig I, Doerig N, Holtforth MG. Self-compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behavior Therapy*, 2013, 44(3), 501-513.
 21. Larmar S, Wiatrowski S, Lewis-Driver S. Acceptance & Commitment Therapy: An Overview of Techniques and Applications. *Journal of Service Science and Management*, 2014, 07, 216-221.
 22. Klimecki OM, Singer T. Compassion. In A. W. Toga (Ed.), *Brain mapping* (pp. 195-199). Academic Press. 2015.
 23. Weller J, Jowsey T. Can we go too far with empathy? Shifting from empathy to compassion. *British Journal of Anaesthesia*, 2020, 124(2), 129-131.
 24. Mallo Ferrer F. Physical Activity and Exercise. In I. Huhtaniemi & L. Martini (Eds.), *Encyclopedia of Endocrine Diseases (Second Edition)* (pp. 436-441). Academic Press. 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. Gruessner (Eds.), *Transplantation, Bioengineering, and Regeneration of the Endocrine Pancreas* (pp. 49-58). Academic Press. 2019.
 25. Stevens L, Woodruff CC. Chapter 1 - What Is This Feeling That I Have for Myself and for Others? Contemporary Perspectives on Empathy, Compassion, and Self-Compassion, and Their Absence. In L. Stevens & C. C. Woodruff (Eds.), *The Neuroscience of Empathy, Compassion, and Self-Compassion* (pp. 1-21). Academic Press. 2018.

Sport Psychology

Shahid Beheshti University

Biquarterly Journal of Sport Psychology

Autumn & Winter 2022/ Vol. 6/ No. 2/ Pages 188-203

Effectiveness of Commitment and Acceptance Therapy and Self-Compassion Therapy on Physical Activity and Body Mass Index in Patients with Type 2 Diabetes

Sadaf Mafhoom¹, Mehdi Dehestani ^{2*}, Fatemeh Mohammadi Shirmahaleh ³ Parisa Peivandi ⁴

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

2. Associate Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran.

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

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

Received: 27/01/2021 Revised: 10/08/2021, Accepted: 01/09/2021

Abstract

Purpose: This study aimed to compare the effectiveness of commitment and acceptance therapy and self-compassion therapy on physical activity and body mass index in patients with type 2 diabetes.

Methods: The study utilized a semi-experimental design with a pre-test-post-test-follow-up structure, including a control group. The statistical population consisted of overweight individuals with a body mass index of 25-35, who visited a research laboratory in Tehran during the fall and winter of 2020. Out of these individuals, 45 participants were selected using convenience sampling and randomly assigned to either the experimental or control group. The research tools used were the Body Mass Index and Health-Promoting Lifestyle Profile. After 8 sessions of 90-minute acceptance and commitment-based therapy and 8 sessions of 90-minute self-compassion therapy, the research data were analyzed using repeated measures analysis of variance.

Results: The findings revealed that both commitment and acceptance-based therapy and self-compassion therapy were effective in improving physical activity and body mass index ($P < 0.05$). Furthermore, there was no significant difference in effectiveness between the two therapies on physical activity and body mass index ($P < 0.05$).

Conclusion: Both commitment and acceptance-based therapy and self-compassion therapy are equally effective in enhancing physical activity and reducing body mass index in patients with type 2 diabetes.

Keywords: Commitment and Acceptance, Self-Compassion, Diabetes, Physical Activity.

* Corresponding Author: Mehdi Dehestani, Tel: +98-9127881921, E-mail: dr.dehestani.m@gmail.com