

Quarterly Journal of Health Psychology

Open
Access

ORIGINAL ARTICLE

The Effect of Schema Therapy with Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Self-Acceptance and Rumination in Women with Diabetes and Anorexia Nervosa

Rosita Goharshahi¹, Abdollah Mafakheri^{2*}, Mohammad Mohammadipour³

¹ Ph.D Student, Department of Psychology, Bojnord Branch, Islamic Azad University, Bojnord, Iran.

² Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

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

Correspondence

Abdollah Mafakheri

Email: a.mafakheri@pnu.ac.ir

How to cite

Goharshahi, R., Mafakheri, A. & Mohammadipour, M. (2024). The Effect of Schema Therapy with Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Self-Acceptance and Rumination in Women with Diabetes and Anorexia Nervosa. Quarterly Journal Of Health Psychology, 13(3). 07-20.

ABSTRACT

Objective: Eating disorders are one of the common mental and psychosomatic disorders that cause many problems in the physical health and mental performance of a person. Many people with bulimia have mental rumination regarding their body type. Patients who engage in mental rumination consider it a way to gain insight into their problem and through it they focus on themselves, the problematic situation and their feelings. In other words, they think that mental rumination helps them to solve their problems, while answering problems through mental rumination causes more tension and problems. On the other hand, self-acceptance in these people is lower than others. A person with low agreeableness tends to seek isolation and is afraid of and avoids communication with others. The purpose of this research was to compare the effectiveness of therapeutic schema training in comparison with acceptance and commitment therapy (ACT) with self-acceptance and rumination in women with diabetes and anorexia nervosa. **Method:** This is a semi-experimental study with a pre-test-post-test design and a control group with a two-month follow-up. The statistical population was all women with simultaneous disorder of diabetes and psychogenic anorexia in Mashhad city in the first half of 1402 who had referred to medical centers. 45 people were selected by purposeful sampling and randomly divided into three groups: schema therapy (15 people), acceptance and commitment therapy (15 people) and control group (15 people). Chamberland and Haga (2001) questionnaire was used to evaluate self-efficacy, and Trinoor et al. The therapeutic schema experimental group underwent the educational package intervention of

Yang et al. (2003) and the acceptance and commitment experimental group underwent the therapeutic intervention of Hizo colleagues (2012) for ten one-hour sessions. The data was analyzed by the statistical method of analysis of variance with repeated measurements. **Results:** The results showed that the intervention of therapeutic schema and acceptance and commitment is effective on mental rumination ($P<0.01$), ($F=29.63$) and self-acceptance ($P<0.01$), ($F=49.83$) and this The effect is stable in the follow-up phase. The results of Shefe's follow-up test showed that there is a significant difference in self-acceptance and rumination between the two groups of acceptance and commitment and therapeutic schema ($P<0.05$); Therefore, acceptance and commitment have had a greater effect on reducing rumination and increasing women's self-acceptance. **Conclusion:** According to the results, it can be said that by teaching psychological treatment approaches such as schema and acceptance and commitment therapy, women can be helped in controlling diabetes and preventing their nervous overeating. Also, by controlling binge eating, they can be protected from the side effects of physical, psychological and social damage of binge eating, and thus have healthier mothers and a healthier society.

KEY WORDS

Acceptance and Commitment, Anorexia Nervosa, Self-Acceptance, Rumination, Schema Therapy.

نشر به علمی

روان‌شناسی سلامت

«مقاله پژوهشی»

اثر طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر خویشتن‌پذیری و نشخوار فکری زنان با دیابت و پراشتهایی عصبی

رزیتا گوهرشاهی^۱، عبدالله مفاخری^{۲*}، محمد محمدی‌پور^۳

چکیده

مقدمه: هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی آموزش طرحواره درمانی در مقایسه با درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر خویشتن‌پذیری و نشخوار فکری زنان با دیابت و پراشتهایی عصبی بود.

روش: این مطالعه از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه گواه با پی‌گیری دو ماهه می‌باشد. جامعه آماری همه زنان با اختلال همزمان دیابت و پراشتهای روانی شهر مشهد در نیمه اول سال ۱۴۰۲ بود که به مراکز درمانی، مراجعه کرده بودند. تعداد ۴۵ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در سه گروه طرحواره درمانی (۱۵ نفر)، درمان پذیرش و تعهد (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند. برای ارزیابی خویشتن‌پذیری از پرسشنامه چمبرلند و هاگا (۲۰۰۱) و جهت سنجش نشخوار فکری از آزمون تری نور و همکاران (۲۰۰۳) در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد. گروه آزمایش طرحواره درمانی تحت مداخله بسته آموزشی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) و گروه آزمایش پذیرش و تعهد تحت مداخله درمانی هیز و همکاران (۲۰۱۲) به مدت ده جلسه یک ساعته قرار گرفتند. داده‌ها با روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد مداخله طرحواره درمانی و پذیرش و تعهد بر نشخوار ذهنی ($P<0/01$)، خویشتن‌پذیری ($F=29/63$) و خویشتن‌پذیری ($P<0/01$)، مؤثر است و این تأثیر در مرحله پی‌گیری پایدار است. نتایج آزمون تعقیبی شفه نشان داد بین دو گروه پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی تفاوت معناداری در خویشتن‌پذیری و نشخوار فکری وجود دارد ($P<0/05$)؛ بنابراین پذیرش و تعهد تأثیر بیشتری بر کاهش نشخوار فکری و افزایش خویشتن‌پذیری زنان داشته است.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج می‌توان گفت: با آموزش رویکردهای درمانی روان‌شناختی مانند طرحواره و درمان پذیرش و تعهد به زنان می‌توان در کنترل دیابت و پیشگیری از پرخوری عصبی آنان کمک کرد. همچنین با کنترل پرخوری عصبی می‌توان آنان را از عوارض جانبی آسیب‌های جسمانی، روانی و اجتماعی پرخوری عصبی حفظ کرد و بدین ترتیب مادران سالم‌تر و جامعه سالم‌تری داشت.

واژه‌های کلیدی

پراشتهایی عصبی، پذیرش و تعهد، خویشتن‌پذیری، نشخوار فکری، طرحواره درمانی.

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.
^۲ استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور تهران، ایران.
^۳ دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران.

نویسنده مسئول:

عبدالله مفاخری

رایانامه:

a.mafakheri@pnu.ac.ir

استاد به این مقاله:

گوهرشاهی، رزیتا، مفاخری، عبدالله و محمدی‌پور، محمد، (۱۴۰۳). اثر طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر خویشتن‌پذیری و نشخوار فکری زنان با دیابت و پراشتهایی عصبی. نشریه علمی روان‌شناسی سلامت، ۱۳(۳)، ۲۰-۰۷.

مقدمه

وضعیت نامناسب‌تری قرار دارند که این امر لزوم مداخله برای بهبود ویژگی‌های آنها را نشان می‌دهد (میلر و گلدن، ۲۰۱۰). اختلالات خوردن^۸ یکی از اختلالات شایع روانی و روان تنی است که موجب مشکلات فراوان در سلامت جسمانی و عملکرد روانی فرد می‌شوند. از عوارض پرخوری اغلب سوزش و خونریزی معده، اختلالات روده‌ای، فرسایش مینای دندان، کم‌شدن ضربان قلب، افت فشارخون و کاهش سرعت سوخت‌وساز می‌باشد. بسیاری از افراد مبتلا به پرخوری عصبی در رابطه با تیپ بدنی خود دچار نشخوار ذهنی^۹ هستند. بیمارانی که به نشخوار ذهنی می‌پردازند آنرا شیوه‌ای برای کسب بینش نسبت به مشکل خود می‌دانند و از طریق آن بر درون خود، موقعیت مساله‌ساز و احساسات خود متمرکز می‌شوند (اسمیت و آلوی^{۱۰}، ۲۰۰۹). به عبارتی آنها می‌پندارند نشخوار ذهنی به آنها برای حل مشکلاتشان کمک می‌کند، درحالی که پاسخ به مشکلات از طریق نشخوار ذهنی موجب تنش و مشکلات بیشتر می‌شود. از سوی دیگر خویشن‌پذیری^{۱۱} در این افراد پایین‌تر از سایرین است. فرد با خویشن‌پذیری پایین، انزوا طلبی پیشه می‌کند و از ارتباط با دیگران می‌ترسد و از آن اجتناب می‌کند (امان‌زاده و حسینیان، ۱۳۹۷).

نشخوار فکری به عنوان افکاری مقاوم و عودکننده تعریف می‌شود که حول یک موضوع معمول دور می‌زند. این افکار به صورت غیر ارادی وارد آگاهی می‌شوند و توجه را از موضوعات و اهداف مورد نظر فرد منحرف می‌سازند. مطالعات بسیاری از رابطه تنگاتنگ بین افکار نشخواری و انواع مختلف اختلالات هیجانی حکایت می‌کند. پاسخ‌های نشخواری به عنوان افکار تکرار شونده و رفتارهایی تعریف می‌شوند که توجه فرد را بر علائم، دلایل و پیامدهای مشکل متمرکز می‌کنند، پاسخ‌های نشخواری نقطه مقابل حل مساله موثر و ساختار یافته است و مانع بروز رفتارهای موثری می‌شود که می‌تواند به درمان فرد کمک کند. (باقرنژاد، صالحی فدردی و طباطبائی، ۱۳۸۹) مارتین و تسر^{۱۲} (۱۹۹۶) نشخوار فکری را به عنوان وقوع افکار مزاحم آگاهانه و نفرت‌انگیز تعریف کرده‌اند که ناخواسته هستند و در عملکرد طبیعی فرد مداخله می‌کنند. محتویات این افکار هر چیز منفی می‌تواند باشد. خویشن‌پذیری شامل پذیرش توانایی‌ها، مهارت‌ها و

اختلالات سوخت‌وساز بدن مانند دیابت^۱ که شایع‌ترین اختلال عصر حاضر محسوب می‌شود یک اختلال مزمن و پیش‌رونده است؛ که باعث ایجاد عوارض پایدار و افزایش میزان مرگ و میر در افراد مبتلا می‌شود (دانگ^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). دیابت انواع گوناگونی دارد که در صورت شناخت، کنترل و درمان، کنترل‌پذیر بوده و در افراد شناخته شده مشکلات عمده‌ای ایجاد نمی‌کند. در حال حاضر بیش از ۲۵۰ میلیون نفر در جهان مبتلا به دیابت هستند که از سال ۱۹۸۷ میلادی آمار افراد مبتلا سه برابر افزایش یافته است و به پیش بینی فدراسیون بین‌المللی دیابت تا سال ۲۰۵۰ به دو برابر میزان کنونی خواهد رسید (جان^۳، ۲۰۱۹). چیزی چیزی که به نام دیابت عصبی یا قند خون عصبی می‌شناسیم نوعی اختلال است که با افزایش میزان اضطراب و استرس در افراد ایجاد می‌شود. در این حالت میزان قند خون فرد با افزایش کنترل نشده‌ای روبه‌رو می‌شود که می‌تواند در افراد دیابتی خطرناک باشد. برای نمونه، افسردگی، اضطراب و اختلالات سازگاری شایع‌ترین اختلالات روانی مشاهده شده در مبتلایان به دیابت هستند (چرنگتن و همکاران^۴، ۲۰۱۵). محققان بر این باورند که افراد مبتلا به اختلالات خوردن در تنظیم هیجانات خود با مشکلاتی روبرو هستند و مهارت‌های لازم برای مقابله با هیجانات منفی را ندارند و خوردن راهکاری است که به وسیله آن می‌توانند برای مدتی هر چند کوتاه از این احساسات ناخوشایند فاصله بگیرند (هارینگتن^۵ و همکاران، ۲۰۱۷).

در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری^۶ اختلال‌های روانی اختلال پر اشتهایی روانی^۷ به عنوان یک اختلال خوردن مجزا در نظر گرفته شده که شیوع آن در جمعیت عادی حدود ۳ درصد تخمین زده می‌شود و شیوع این بیماری در زنان جوان بیشتر است. در اغلب موارد با اضافه وزن و چاقی همراه است؛ به طوری که ۱۵ تا ۵۰ درصد افراد چاقی که در برنامه‌های کاهش وزن شرکت می‌کنند دارای ملاک‌های تشخیصی این اختلال هستند (واسنر و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین افراد مبتلا به اختلال پرخوری افراطی از نظر روانشناختی در مقایسه با افراد عادی در

1. Diabetes
2. Doangh
3. Jan
4. Cherrington & et, al
5. Harrington & et, al
6. DSM-5
7. Bulimia nervosa

8. Eating Disorder
9. mental rumination
10. Smith & Alloy
11. self-acceptance
12. Martin & Tesser

پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری تصویر بدنی و کنترل عواطف در زنان مبتلا به اختلال پرخوری افراطی تاثیر مثبت دارد. همچنین شکوری گنجوی و همکاران (۱۳۹۹) نتیجه گرفتند که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کنترل سطح قند خون ناشتا و افزایش خودکارآمدی در زنان مبتلا به دیابت نوع II موثر است. بنابراین با توجه به تاثیر این روش‌ها در سایر زمینه‌های مشابه و با توجه به مرور پژوهش‌ها و اهمیت موضوع مبنی بر سلامت جسمانی و روانی افراد، همچنین با تاکید بر اهداف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در حیطه مسائل سلامت، هدف پژوهش حاضر بررسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر نشخوار ذهنی و خویشتن پذیری زنان با دیابت و پرخوری عصبی پرداخته می‌شود.

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان ۲۰ تا ۵۰ ساله مبتلا به دیابت با پرخوری عصبی مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر مشهد در سال ۱۴۰۲ بودند. از میان جامعه آماری با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، افراد مراجعه کننده به درمانگاه ولیعصر و براساس پرسش‌نامه‌های نشخوار ذهنی و پذیرش خود در پیش‌آزمون، ۴۵ نفر از مبتلایان که دارای ملاک‌های ورود (نداشتن بیماری خاص، عدم مصرف داروهای خاص) انتخاب شدند. این ۴۵ نفر به طور تصادفی در ۳ گروه ۱۵ نفره (۲ گروه آزمایش و یک گروه کنترل) گزینش شدند که برای گروه آزمایشی (A)، طرحواره درمانی و برای گروه دوم (B) درمان پذیرش و تعهد را دریافت کردند و گروه کنترل (C) در لیست انتظار قرار گرفت. معیارها و شرایط خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه و زانی که در طول درمان مشخص شود که شرایط منطبق با اهداف پژوهش را نداشته باشند. همچنین روش اجرای مطالعه به همراه ملاحظات اخلاقی برای جلب رضایت آنان توضیح داده شد.

مقیاس پاسخ نشخوار ذهنی؛ این مقیاس توسط تری نور و همکاران (۲۰۰۳) تدوین شده است. این مقیاس، ابزاری ۲۲ ماده ای و از نوع لیکرت چهار درجه ای است که در دامنه ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. آنها با تحلیل مولفه‌های اصلی این مقیاس، ساختاری متشکل از دو مولفه در فکر فرو رفتن و تعمق را گزارش کردند. همچنین، اعتبار این

قابلیت‌های اجتماعی خود است. خویشتن‌پذیری تمام ابعاد شناختی، ادراکی و عاطفی و روشهای ارزیابی را در بر می‌گیرد بنابراین خویشتن‌پذیری به مجموعه‌ای از افکار و احساسات و نگرش‌ها گفته می‌شود که هرکس درباره خودش در ذهن پرورش می‌دهد (طاهری و همکاران، ۱۳۹۷). عدم پذیرش خود و داشتن نگرش‌های مخرب منجر به آسیب‌پذیری روان پزشکی، مشکلات اجتماعی و رفتارهای پرخطر می‌شود (مان، هاسمن، اسکالما و دی وریس، ۲۰۱۴).

جهت کاهش مشکلات این بیماران درمان‌های زیادی مورد بررسی و اجرا قرار گرفته است؛ یکی از روش‌های درمانی موثر و برگرفته از موج سوم رفتاردرمانی، طرحواره درمانی یانگ^۲ (۲۰۰۳) می‌باشد. برخی از طرحواره‌ها، بخصوص طرحواره‌هایی که در دوران اولیه زندگی بر اثر تجربه‌های ناخوشایند و نامطلوب کودکی شکل می‌گیرند. او این زیر مجموعه از طرحواره‌ها را طرحواره‌های ناسازگار اولیه نامید. رویکرد طرحواره درمانی^۳ بر الگوهای خودیوانگر تفکر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته اند و در سراسر طول زندگی فرد تکرار می‌شوند تمرکز می‌کند (یانگ و همکاران ۲۰۰۳). در این رویکرد به مراجعان کمک می‌شود تا الگوهای ناسازگار طولانی‌مدت در زندگی خود را با ترمیم طرحواره‌ها، پاسخ‌های مقابله‌ای و ذهنیت تغییر دهند. به عبارت دیگر آسیب‌های هیجانی اولیه را که ناشی از سد شدن ارضای نیازهای بنیادین از جمله پذیرش، حمایت و امنیت و کارآمدی است، ترمیم کنند (برنشتاین^۴ ۲۰۰۵).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۵ (ACT) به عنوان یک درمان موج سومی در روان درمانی به جای چالش باشناخت‌ها بر آگاهی و پذیرش افراد از احساسات و هیجان‌ها و شناخت‌ها و رفتارها تاکید دارد (هانگ^۶، ۲۰۱۷). شش فرایند مرکزی؛ پذیرش، عدم همجوشی^۷، لحظه حال، خود به عنوان بافت^۸ یا زمینه، ارزش‌ها، و عمل متعهدانه^۹ دارد، هدف اصلی درمان ACT ایجاد انعطاف‌پذیری روانی^{۱۰} است (هیز و همکاران، ۲۰۱۲). پژوهش استادیان خانی و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد درمان مبتنی بر

1. Mann, Hosman, SWchaalma & DeVries

2. Young

3. Schema therapy

4. Bernstein

5. Acceptance and commitment-based therapy

6. Huang

7. Defusion

8. Self as a context

9. Committed action

10. Psychological flexibility

نمره‌گذاری این پرسشنامه نیز بر اساس طیف لیکرت از کاملاً نادرست=۱ تا کاملاً درست=۷ می‌باشد. در این مقیاس گرفتن نمره بالاتر ۹ عبارت؛ ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۸، ۱۱، ۱۶، ۱۷ و ۱۸ نشان دهنده پذیرش بی قید و شرط خود است (دامنه نمرات از ۹ تا ۶۳). در حالی که ۱۱ مورد دیگر (۱، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۹ و ۲۰) به صورت معکوس است، یعنی نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده پذیرش مشروط خود می‌باشد (دامنه نمرات ۱۱ تا ۷۷). چمبرلین و هاگا (۲۰۰۱) همسانی درونی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۲ گزارش نمود که میزان قابل قبولی است. در ایران نیز پایایی این پرسشنامه توسط حاجی علی‌اکبری (۱۳۹۵) بررسی شد و به روش آلفای کرونباخ و تصنیف به ترتیب برابر با ۰/۷۳ و ۰/۷۲ گزارش شد. مداخله آموزش طرحواره به صورت یک فعالیت گروهی انجام شد که از بسته آموزشی طرحواره درمانی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) مفهوم سازی شده است. در این پژوهش این برنامه در ده جلسه گروهی یک ساعته در هفته دو جلسه در مورد گروه آزمایش اول به شرح زیر اجرا شد.

مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد: پروتکل درمان ده جلسه‌ای هیز و همکاران (۲۰۱۲) خلاصه در جدول ۲ ارائه شده است

مقیاس و خرده مقیاس‌های آن را، یعنی در فکر فرو رفتن و تعمق، به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ)، به ترتیب برابر ۰/۸۵، ۰/۸۰ و ۰/۷۶ گزارش کردند. در فکر فرو رفتن نشان‌دهنده مقایسه انفعالی وضعیت فعلی فرد با معیارهای دست نیافتنی است. فرایند ناپهنجاری است که با برخی معیارهای دست نیافتنی ارتباط دارد و با افزایش افسردگی ارتباط دارد. تعمق نیز به درجه اشتغال افراد به مساله گشایی شناختی برای بهبود خلق اشاره دارد و به کاهش علائم افسردگی افراد کمک می‌کند. بعلاوه، نشان دادند که این مقیاس دارای اعتبار درونی خوب و روایی پیش بین بالایی است (تری نور و همکاران، ۲۰۰۳). بهزادپور و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهش خود اعتبار این مقیاس و خرده مقیاس‌های آن به روش همسانی درونی، به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۶۶ و ۰/۷۲ گزارش کردند. پرسشنامه خویشن‌پذیری؛ این مقیاس یک پرسشنامه استاندارد است که توسط چمبرلین و هاگا در سال ۲۰۰۱ طراحی شده است. این پرسشنامه شامل ۲۰ عبارت (گویه) دارد و دارای دو خرده مقیاس پذیرش نامشروط خود و پذیرش مشروط خود می‌باشد که برای گروه سنی بالاتر از ۱۲ سال قابل اجرا است. نحوه

جدول ۱. خلاصه جلسات طرحواره درمانی

جلسات	محتوای جلسات
اول	مروری بر ساختار جلسات، قوانین و مقررات مربوط به گروه درمانی مرور اهداف، شناخت مشکل فعلی مراجع، با تمرکز بر تاریخچه شخصی
دوم	شواهد عینی تأییدکننده یا ردکننده طرحواره‌ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته
سوم	معرفی حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه، توضیح طرحواره و شناسایی آنها، تشخیص سبک‌های مقابله‌ای و خلق و خوی افراد
چهارم	شناسایی حوزه‌ها، فرآیندها، رفتارها و سبک‌های طرحواره‌ای، مفهوم‌سازی مشکل طبق رویکرد طرحواره
پنجم	بررسی افکار، پیشایندها و پس‌آیندها، شناسایی افکار تحریف‌شده، شناسایی اجبارها، اجتناب‌ها و باورهای بنیادین
ششم	اسناد دادن شواهد تأییدکننده طرحواره‌ها به تجارب دوران کودکی و شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد، گفتگو بین طرحواره‌ها و جنبه سالم
هفتم	تقویت مفهوم بزرگسال سالم در ذهن مراجع، شناسایی نیازهای هیجانی ارضا نشده و جنگ علیه طرحواره‌ها
هشتم	استفاده از تکنیک‌های شناختی، بررسی شواهد متناقض با طرحواره‌ها، تکنیک موضع - ضد موضع و تحلیل سود و زیان طرحواره‌ها
نهم	استفاده از تکنیک‌های هیجانی، گفتگوهای خیالی، تصویرسازی وقایع آسیب‌زا، نوشتن نامه به والدین
دهم	جمع‌بندی مطالب جلسات گذشته، استفاده از تکنیک‌های رفتاری، حذف رفتارهای تداوم بخش طرحواره، افزایش رفتارهای مقابله‌ای سالم

جدول ۲. خلاصه جلسه‌های آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوای جلسات
اول	بیان قوانین کلی جلسات، بررسی تاریخچه زندگی و معرفی ACT، استفاده از تمرین خوردن کشمش
دوم	آموزش تکنیک ذهن‌آگاهی شناسایی، افکار و احساسات و ارتباط بین آنها
سوم	آموزش تنفس، نشستن به حالت مراقبه و آگاهی از بدن
چهارم	تمرین پذیرش افکار و احساسات، تکمیل کاربرگ تعیین ارزش‌ها، استعاره مسافران اتوبوس
پنجم	آموزش درباره همجوشی و گسلش افکار و هیجانات
ششم	توسعه دیدگاه ناظر و مقایسه واکنش‌های خود
هفتم	کمک به شناسایی ارزش‌های زندگی تمرین چه چیزی در زندگی در حال حاضر می‌خواهم
هشتم	بحث در مورد موانع ارزش‌ها زندگی، تمرین گسلش و پاسخ‌های جایگزین، تصویرسازی شفقت نسبت به دردهای ایجاد شده
نهم	آموزش ایجاد تعهد نسبت به اعمال ارزشمند
دهم	جمع‌بندی مطالب جلسات گذشته، آمادگی برای اقدام متعهدانه در آینده و پایان درمان

یافته‌ها

دارند اما برای بررسی معناداری این تفاوت‌ها از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که نتایج در جدول‌های زیر ارائه می‌شود.

یافته‌های توصیفی نشان داد که میانگین گروه‌های مختلف در مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون و مرحله پیگیری با هم تفاوت

جدول ۳. خلاصه آمار توصیفی متغیر خویشتن‌پذیری و نشخوار ذهنی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های مختلف

متغیر وابسته	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
خویشتن‌پذیری	طرحواره	۷۵/۴۳	۵/۵۷	۹۱/۴۲	۵/۸۴	۹۰/۳۴
	پذیرش و تعهد	۷۷/۶۵	۵/۳۳	۹۴/۸۷	۶/۳۲	۹۲/۴۶
	گواه	۷۴/۳۳	۵/۳۷	۷۵/۶۵	۶/۴۳	۷۵/۶۸
نشخوار ذهنی	طرحواره	۲۸/۳۶	۴/۳۳	۲۲/۸۹	۴/۷۷	۲۲/۳۳
	پذیرش و تعهد	۲۷/۷۴	۵/۵۸	۲۰/۲۸	۴/۷۹	۲۱/۵۷
	گواه	۲۷/۴۲	۴/۳۷	۲۶/۲۵	۴/۵۵	۲۶/۶۳

پس‌آزمون و مراحل پیگیری میانگین گروه‌های آزمایشی پایین‌تر از پیش‌آزمون بوده است. برای اطمینان از نرمال بودن همچنین آزمون کولموگروف - اسمیرنوف در بخش تحلیل داده‌ها انجام گرفت و مفروضه نرمال بودن برای این آزمون برقرار بود.

جدول ۳ خلاصه آمار توصیفی را برای متغیرهای خویشتن‌پذیری و نشخوار ذهنی در گروه گواه، طرحواره درمانی و پذیرش و تعهد را نشان می‌دهد. میانگین خویشتن‌پذیری و نشخوار ذهنی گروه‌های مختلف در پیش‌آزمون به یکدیگر نزدیک بود؛ اما در

همچنین نتایج آزمون باکس برابری ماتریس‌های کوواریانس بین گروه‌ها نشان می‌دهد. معنادار نشدن آزمون ($p > 0/05$) نشان داد که همگنی ماتریس کوواریانس بین گروه‌ها به عنوان یکی از شرایط لازم برای آزمون اندازه‌گیری با طرح مکرر برقرار بود.

در جدول ۴ نتایج آزمون لوین برای برابری واریانس خطای متغیرهای وابسته (خویشن‌پذیری، نشخوار ذهنی) در سه گروه طرحواره، پذیرش و تعهد و گواه در مراحل مختلف پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آورده شده است. در هر سه مرحله اندازه‌گیری، مفروضه برابری واریانس خطا برقرار شد ($p > 0/05$).

جدول ۴. نتایج مفروضه‌های متغیر پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	گروه	کلموگراف اسمیرنف		برابری واریانس		ام.باکس	
		K-S	سطح معناداری	F	سطح معناداری	F	سطح معناداری
پذیرش خویشن	طرحواره	۰/۶۳۰	۰/۷۴۵	۰/۲۸۶	۰/۷۴۵	۱/۲۵	۰/۱۶۵
	پذیرش و تعهد	۰/۶۱۵	۰/۸۳۶				
	گواه	۰/۵۲۶	۰/۹۲۱				
نشخوار ذهنی	طرحواره	۰/۶۷۲	۰/۷۸۵	۰/۳۱۲	۰/۶۲۷	۱/۶۳	۰/۲۱۵
	پذیرش و تعهد	۰/۷۲۱	۰/۷۲۲				
	گواه	۰/۶۳۲	۰/۸۲۴				

جدول ۵. آزمون‌های چند متغیری طرح اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای وابسته

متغیر	عامل	ویلیکس لاند	F	p	η^2
خویشن‌پذیری	عامل تکرار	۰/۰۲۴	۵۱۴/۱۳۲	۰/۰۰۱	۰/۷۴۷
	عامل تکرار*گروه	۰/۰۳۲	۴۹/۸۳۴	۰/۰۰۱	۰/۶۴۳
نشخوار ذهنی	عامل تکرار	۰/۰۳۶	۲۱۷/۴۸۲	۰/۰۰۱	۰/۶۹۲
	عامل تکرار*گروه	۰/۰۳۸	۲۹/۶۵۴	۰/۰۰۱	۰/۷۱۳

گروه با متغیرهای وابسته تأیید می‌شود. این نتایج بیانگر اثربخشی برنامه‌های مداخله‌ای در بهبود خویشن‌پذیری و نشخوار ذهنی است. آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر انجام شد و نتایج اثرات درون آزمودنی و بین آزمودنی در جدول زیر نشان داده شده است.

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد پیش فرض کرویت برای هیچکدام از مؤلفه‌های خویشن‌پذیری برقرار نیست ($p < 0/05$). نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری با اندازه‌گیری مکرر در ادامه ارائه شده است.

جدول ۵ نتایج آزمون چند متغیری طرح اندازه‌گیری مکرر را برای اثربخشی درمان انجام شده بر متغیرهای خویشن‌پذیری و نشخوار ذهنی را نشان می‌دهد. در این آزمون متغیرهای خویشن‌پذیری و نشخوار ذهنی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به عنوان متغیر وابسته و روش درمان به عنوان متغیر مستقل گروه در نظر گرفته شد. آماره مورد استفاده، آماره ویلیکس لاند است که اثر متغیر مستقل را بر متغیر وابسته می‌سنجد. سطوح معناداری که برای عامل تکرار و تعامل عامل تکرار و گروه کوچک‌تر از سطح $0/05$ به دست آمده است، رابطه بین تکرار و

جدول ۶. نتایج آزمون کرویت ماچلی برای مقایسه خویشتن‌پذیری در گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل

متغیر	آماره ماچلی	مقدار خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری
خویشتن‌پذیری	۰/۶۹	۹/۹۰	۲	۰/۰۰۷
نشخوار ذهنی	۰/۷۰	۹/۳۱	۲	۰/۰۰۹

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	منبع	عامل	SS	MS	F	Sig	مجذور ای‌تا
خویشتن‌پذیری	درون گروهی	عامل تکرار	۱۰۳۵۴/۳۳۹	۲۵۳۲/۴۸۸	۵۴/۹۴۳	۰/۰۰۱	۰/۹۴۶
		تکرار*گروه	۵۳۶۷/۴۵۶	۶۴۸/۸۵۶	۲۶/۶۵۸	۰/۰۰۱	۰/۸۵۹
نشخوار ذهنی	بین گروهی	گروه	۱۷۸۶۵/۴۳۵	۸۹۷/۷۴۳	۲۵/۳۲۳	۰/۰۰۱	۰/۸۳۶
		خطا	۳۷۸۳/۶۵۶	۷۸/۰۲۳			
خویشتن‌پذیری	درون گروهی	عامل تکرار	۱۱۴۶۴/۶۳۴	۳۱۵۴/۳۵۱	۵۵/۷۶۳	۰/۰۰۱	۰/۹۴۶
		تکرار*گروه	۶۴۷۵/۳۳۴	۶۷۵/۶۸۹	۲۷/۲۴۱	۰/۰۰۱	۰/۸۵۹
نشخوار ذهنی	بین گروهی	گروه	۱۶۸۹۴/۷۸۲	۹۱۳/۴۱۳	۲۵/۷۷۴	۰/۰۰۱	۰/۸۳۶
		خطا	۴۱۶۵/۳۴۵	۶۹/۱۱۵			

جدول ۸. آزمون شفه برای مقایسه زوجی نشخوار ذهنی بین گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری
خویشتن‌پذیری	گواه	طرحواره درمانی	۴۵/۸۷	۱/۳۴	۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی	درمان پذیرش و تعهد	۴۹/۲۴	۱/۳۶	۰/۰۰۱
نشخوار ذهنی	گواه	طرحواره درمانی	-۴۲/۳۴	۱/۳۵	۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی	درمان پذیرش و تعهد	-۴۶/۱۸	۱/۳۶	۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی	درمان پذیرش و تعهد	۳/۱۵	۱/۱۳	۰/۰۴

دست آمده است که نشان می‌دهد سه گروه در پس‌آزمون و پی‌گیری متفاوت بوده‌اند؛ به عبارت دیگر مداخله‌های انجام شده بر گروه‌های مختلف اثر متفاوتی داشته است. مقادیر مجذور ای‌تا (112) برای عامل تکرار، تعامل عامل تکرار و گروه و همچنین برای گروه نشان‌دهنده اندازه اثر بزرگ در مراحل پس‌آزمون و پیگیری است، به بیان دیگر اثرات مشاهده شده علاوه بر معنادار بودن، بزرگ و قابل توجه بوده است. برای مقایسه زوجی (دو به

سطح معناداری برای عامل تکرار کوچکتر از سطح ۰/۰۵ به دست آمده است، و نشان می‌دهد که کاهش نشخوار ذهنی در مراحل پیگیری به صورت معناداری ادامه یافته است. همچنین خویشتن‌پذیری آزمودنی‌ها بهبود یافته است. معنادار شدن تعامل عامل تکرار و متغیر مستقل گروه بدین معنی است که سه گروه از نظر تغییرات نشخوار ذهنی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری متفاوت بوده‌اند. در مقایسه بین گروهی عامل گروه معنادار به

میزان نشخوار ذهنی در گروه پذیرش و تعهد کمتر بوده و تفاوت معنادار ($P < 0/001$) است. از جمله پژوهش‌های همسو با این نتایج می‌توان به تحقیق الیس و همکاران (۲۰۱۹) اشاره کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بهبود سازگاری روانی و اجتماعی و کاهش قند خون در بزرگسالان مبتلا به دیابت موثر بوده است. نتایج پژوهش گریگ و همکاران (۲۰۱۴) که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در مدیریت قند خون و افزایش آگاهی و کنترل افکار و احساسات منفی مربوط به دیابت را موفق ارزیابی کرده بود همسو است. همچنین محدث شکوری و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و درمان بر افزایش خودکارآمدی و کاهش قند خون زنان مبتلا به دیابت نوع دو موثر است. هاشمی و همکاران (۱۴۰۲) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی هیجانی و تعهد به درمان در بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی را بررسی کردند و نشان دادند درمان پریشانی هیجانی و تعهد به درمان را بهبود بخشیده است.

در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت: با آموزش رویکرد درمان پذیرش و تعهد (ACT) به مراجع کمک می‌شود تا استثناها و لحظاتی که فرد با سختی‌های موجود در زندگی خود راحتتر و بهتر کنار می‌آید را شناسایی و تقویت کند؛ بدین ترتیب فرد متوجه می‌شود که آشفتگی‌های موجود در زندگی یک اتفاق دائمی و همیشگی نیست و فرد از توانایی و منابع لازم جهت برخورد مناسب با رویدادها و تبعات آن برخوردار است و همین امر باعث تغییرات شناختی بزرگی در فرد می‌شود که می‌تواند محرکی باشد برای ایجاد تغییرات بیشتر و موثرتر و به دنبال آن کاهش نشخوار ذهنی و افزایش خویشن‌پذیری در زنان گردد (آیار و همکاران، ۲۰۲۱).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) از طریق استعاره‌های خود کمک می‌کند که زنان به گسلش شناختی و عاطفی دست یابند و در افکار ذهنی خود گیر نکنند. استفاده از تکنیک‌های گسلش شناختی می‌تواند برای ایجاد فاصله بین افکار برخاسته از الگوهای ناسازگارانه مفید واقع شود، زیرا این افکار، زنان را به سوی رفتارهای اجتنابی آشنا سوق داده و آنها را وادار به انجام فعالیت‌هایی می‌کند که حاصل آن نشخوار ذهنی، تعارض است. گسلش شناختی به زنان کمک میکند تا از افکار ناشی از الگوهای ناسازگار قدیمی جدا شوند و این افکار مانعی برای انجام فعالیت‌های ارزشمند نباشند. از سوی دیگر "خود به عنوان زمینه" یعنی رشد خود مشاهده‌گر و مشاهده موضوعات درونی و افکار مربوط به خود به عنوان پدیده‌های گذرا بدانند و

دو گروه‌ها مختلف از آزمون تعقیبی شفه در جدول ۸ استفاده شده است.

مقایسه دوبه‌دوی گروه‌های مختلف از نظر نشخوار ذهنی در پس‌آزمون در جدول فوق نشان می‌دهد که تفاوت خویشن‌پذیری و نشخوار ذهنی بین دو گروه گواه و طرحواره معنادار بود ($p < 0/05$). تفاوت میانگین‌ها نشان می‌دهد که نشخوار ذهنی در پس‌آزمون در گروه گواه بالاتر از گروه طرحواره بوده است؛ بنابراین آموزش طرحواره درمانی بر کاهش نشخوار ذهنی تأثیر معناداری داشته است. همچنین تفاوت نمرات خویشن‌پذیری و نشخوار ذهنی بین دو گروه گواه و پذیرش و تعهد معنادار بود ($p < 0/05$). همچنین خویشن‌پذیری گروه گواه کمتر از گروه‌های کنترل بوده است. تفاوت میانگین‌ها نشان می‌دهد که نشخوار ذهنی در پس‌آزمون در گروه گواه بالاتر از گروه پذیرش و تعهد بوده است؛ بنابراین آموزش پذیرش و تعهد بر کاهش نشخوار ذهنی تأثیر معناداری داشته است. از طرف دیگر، بین دو گروه پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی نیز تفاوت معناداری از نظر متغیرهای خویشن‌پذیری و نشخوار ذهنی وجود داشته است ($p < 0/05$). تفاوت میانگین‌ها نشان می‌دهد که نشخوار ذهنی در پس‌آزمون در گروه طرحواره درمانی بالاتر از پذیرش و تعهد بوده است؛ بنابراین درمان پذیرش و تعهد تأثیر بیشتری بر افزایش خویشن‌پذیری و کاهش نشخوار ذهنی زنان داشته است.

نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر خویشن‌پذیری و نشخوار ذهنی در زنان مبتلا به پراشتهایی روانی با دیابت انجام شد. نتایج تحلیل کواریانس برای مقایسه تأثیر طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان داد که طرحواره درمانی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اثربخشی کمتری برنشخوار ذهنی و خویشن‌پذیری زنان با دیابت و پراشتهایی عصبی دارد. در پیش‌آزمون نشخوار ذهنی و خویشن‌پذیری بین نمرات طرحواره درمانی و پذیرش و تعهد تفاوت وجود ندارد. در پس‌آزمون بین نمرات گروه طرحواره و گروه گواه تفاوت دیده می‌شود. می‌توان گفت آموزش طرحواره‌ها در کاهش نشخوار ذهنی و افزایش خویشن‌پذیری زنان تأثیر دارد. تفاوت میانگین‌ها نشان می‌دهد که نشخوار ذهنی در پس‌آزمون در گروه طرحواره درمانی بالاتر از گروه پذیرش و تعهد بوده است؛ بنابراین پذیرش و تعهد تأثیر بیشتری بر کاهش نشخوار ذهنی شرکت‌کنندگان داشته است. به شکلی که

تأثیرگذاری تفاوت معناداری را نشان داد. یعنی درمان پذیرش و تعهد تأثیر بیشتر بر کاهش نشخوارذهنی و خویشتن پذیری زنان داشته است. در تبیین علت این تأثیر بیشتر می‌توان گفت: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مداخله‌ای بر اساس شواهد رفتاری است که از پذیرش و استراتژی‌های ذهن‌آگاهی همراه با تعهد و راهبردهای تغییر رفتار در جهت افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی زنان استفاده می‌کند (لو و مککی، ۲۰۱۴). همچنین این رویکرد برخلاف رویکرد طرحواره درمانی به پذیرش افکار و عواطف به جای مبارزه با آنها اهمیت می‌دهد و همین امر در کاهش استرس و آرامش افراد تأثیر بیشتری خواهد داشت. طبق این مدل افراد در حالی که افکار، قواعد و هیجان‌ها را به عنوان بخش‌هایی از خودشان پذیرفته و تصدیق می‌کنند؛ اما بر اساس آنها رفتارهایشان را ارزیابی نمی‌کنند، بلکه از طریق فعالیت‌های متعهدانه‌ای که بر اساس ارزش‌ها انتخاب شده‌اند، عمل می‌کنند. بر این اساس تغییرات در الگوهای جدید رفتاری مرتبط با سلامت افراد ارتقا یافته و انعطاف‌پذیری روانشناختی شکل می‌گیرد. به طور کلی بر طبق رویکرد پذیرش و تعهد فرایندهای انعطاف‌پذیری روانی می‌تواند انسان‌ها را در گذر از آستانه دشوار اجتناب تجربی و حفظ خود آگاهی یاری رساند.

یکی از محدودیت‌های تحقیق، نداشتن نظارت بر رژیم غذایی آزمودنی‌ها بود. لذا می‌توان پیشنهاد کرد در تحقیقات آتی عوارض رژیم غذایی هم بررسی شود و با برگزاری برنامه‌ها و کارگاه‌های مهارت‌افزایی آموزش درمان طرحواره و پذیرش و تعهد برای شناخت طرحواره‌ها، شناسایی هیجان‌های مثبت و منفی، پذیرش آشفتگی‌ها و آموزش طرحواره‌های ناسازگار؛ زمینه بهبود استفاده از راهبردهایی برای افزایش خودآگاهی و کاهش نشخوار ذهنی و افزایش خویشتن‌پذیری زنان و در نهایت کاهش پراشتهایی آنان فراهم شود.

سیاسگزاری

در پایان بر خورد لازم می‌دانیم تا از تمامی بیمارانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری رساندند، کمال قدردانی را به عمل آوریم.

به عنوان مشاهدگر می‌تواند متوجه تجربه‌های درونی اش (افکار و احساسات ناخواسته) باشد، با همه آنها در تماس باشد و فاصله اش را با داستانی که ذهنش تعریف می‌کند، حفظ کند. خود به عنوان زمینه به زنان کمک می‌کند دیدگاه انعطاف‌پذیری نسبت به خودگویی‌هایشان درباره خود و اطرافیانشان اتخاذ کنند. هدف این فرایند این است که به زنان کمک کند دیدگاهی انعطاف‌پذیرتر و مشفقانه‌ای نسبت به خود و اطرافیان داشته باشند. در نتیجه این فرایند افراد به خویشتن‌پذیری بهتری دست می‌یابند و نشخوار ذهنی کمتری را تجربه خواهند کرد که این می‌تواند در کنترل پراشتهایی و قند خون مؤثر باشد.

پژوهش حاضر نشان داد طرحواره درمانی بر کاهش نشخوار ذهنی و خویشتن‌پذیری در زنان مبتلا به پراشتهایی روانی با دیابت مؤثر است. نتیجه حاصل با نتایج پژوهشگرانی چون ما و همکاران (۲۰۲۲)؛ بوتروون و همکاران (۲۰۲۱) و روزبون (۲۰۱۴) همسو است. همچنین افضلی و همکاران (۱۴۰۱) به اثربخشی طرحواره درمانی بر ولع مصرف مواد غذایی، انعطاف‌پذیری شناختی و سوگیری توجه به مواد غذایی در افراد مبتلا به اختلال پرخوری پرداختند و دریافتند طرحواره درمانی بر ولع مصرف و انعطاف‌پذیری شناختی اثر معنادار داشته است. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت: رویکرد طرحواره درمانی، رویکردی متشکل از رویکردهای شناختی، رفتاری، بین فردی، دلبستگی و تجربی در قالب یک مدل درمانی یکپارچه است که با استفاده از چهار تکنیک اصلی شناختی، رفتاری، رابطه‌ای و تجربی در افراد با نشخوار ذهنی بالا، علاوه بر زیر سوال بردن طرحواره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیر منطقی در ایجاد نشخوار ذهنی است؛ به کاهش نشخوار ذهنی کمک می‌کند (ما و همکاران، ۲۰۲۲). طرحواره درمانی به این افراد کمک می‌کند درستی طرحواره‌هایشان را ارزیابی کنند. در اثر کاربرد این رویکرد، افراد دارای پراشتهایی عصبی، طرحواره را به عنوان یک حقیقت بیرونی می‌نگرند و می‌توانند با استفاده از شواهد عینی و تجربی علیه آنها بجنگند. در واقع یکی از دلایل موفقیت طرحواره درمانی هدف قرار دادن این ساخت‌های زیربنایی با استفاده از تکنیک‌های شناختی، رفتاری و تجربی است (بوتروون و همکاران، ۲۰۲۱).

به‌طور کلی این پژوهش نشان داد که هر دو درمان پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی در کاهش نشخوارذهنی و خویشتن‌پذیری زنان مبتلا به پراشتهایی روانی با دیابت مؤثر هستند در هر دو روش افراد با جایگزین کردن الگوهای شناختی و رفتاری سازگار به جای الگوهای ناکارآمد به این نتیجه دست یافتند. اما از نظر

References

- Afzali, Reza, Ehtshamzadeh, Parvin, Asgari, Parviz, Naderi, Farah. (1401). The effectiveness of schema therapy on craving for food consumption, cognitive flexibility and attention bias towards food in people with binge eating disorder. *Health Psychology*, 11(41), 27-46. (in persian)
- Aghakhani, Ali. (2016). Comparison of resilience, dyslexia and self-reliance of homeless people and healthy people. Master's thesis. Islamic Azad University, Ahar branch. (in persian)
- Ahmadi, Ezzatullah and Mardani, Latifah Sadat. (2018). Structural relationships of dysfunctional thoughts and rumination with eating disorder symptoms with the mediation of avoidance performance. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 14(53), 56-47. (in persian)
- AllaHyari, Mohammad and Khaleghi, Samia. (1400). Effectiveness of acceptance and commitment therapy in bulimia nervosa and maladaptive strategies of worry in women. The second national conference of psychopathology, Ardabil. (in persian)
- Amanzad, Zahra, and Hosseinian, Simin. (2017). Effectiveness of group counseling based on existential approach on life attitude and spiritual health of patients with type 2 diabetes. *Women and Family Studies*, 6(1 (consecutive 11)), 49-67. (in persian)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Washington: American Psychiatric Publisher.
- Ashrafi, Sahar; Bahrainian, Abdul Majeed; Haji Alizadeh, Kobri and Delavar, Ali. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on bulimia nervosa in overweight women. *Behavioral Science Research*, 18(2), 191-182. (in persian)
- Ayar, D. & Sabanciogullari, S. (2021) The effect of a solution-oriented approach in depressive patients on social functioning levels and suicide probability. *Perspectives in psychiatric care*, 57(1), 235-245.
- Bagherinejad, Bagherinejad, Salehi Federdi, Salehi Federdi, & Tabatabai (2009). The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian students. *Researches in clinical psychology and counseling*, 011(1). (in persian)
- Boterhoven de Haan, K. L., Fassbinder, E., Hayes, C., & Lee, C. W. (2019). A schema therapy approach to the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 29(1), 54 .
- Chamberlain JM, Haaga DA. Unconditional selfacceptance and psychological health. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*. 2001; 19(3): 163-76.
- Cherrington, A., Wallston, K. A., & Rothman, R. L.(2015) Exploring the relationship between diabetes self-efficacy, depressive symptoms, and glycemic control among men and women with type 2 diabetes. *Journal of behavioral medicine*, 33(1), 81-89.
- Dong, C., Kou, T., Liu, Y., Zou, Y., Sun, L., Tian, H.,& Wang, Q. (2019). Study on the effect of smoking on the risk of active pulmonary tuberculosis in patients with type 2 diabetes mellitus. *Chronic Diseases Prevention Review*. 10 (6), 36-41.

- Ellis, D. A., Carcone, A. I., Slatcher, R., Naar-King, S., Hains, A., Graham, A., & Sibinga, E. (2019). Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in emerging adults with poorly controlled, type 1 diabetes: A pilot randomized controlled trial. *Pediatric diabetes*, 20(2), 226-234.
- Gregg JA, Callaghan GM, Hayes SC, Glenn-Lawson JL. Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2014; 75(2):336-43.
- Haji Ali Akbari, Nikan, 2015, comparison of unconditional self-acceptance, feeling of loneliness and source of control in co-dependent and non-codependent women, first international comprehensive conference of psychology, educational sciences and social sciences, Tehran. (in persian)
- Harrington, C., Carter-Templeton, H., & Appel, S. (2017). Diabetes self-management education and self-efficacy among African American women living with type 2 diabetes in rural primary care. *Journal of Doctoral Nursing Practice*, 10(1), 11-16.
- Hashemi, Masoud, Faruzandeh, Elham, Heydarpour, Maryam. (1402). The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on emotional distress and commitment to treatment in diabetic patients with depression. *Health psychology* (46) 12; 111-130. (in persian)
- Heydari, Alireza, Pasha, Gholamreza, Mami, Shahram, and Ateshpour, Seyedhamid. (1384). The prevalence of eating disorders and its relationship with self-esteem, self-concept and depression in female students of Ilam University of Medical Sciences. *Knowledge and Research in Applied Psychology*, 7(26), 1-16. (in persian)
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. (2012) *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press.
- Ismaili, Sahar and Khosravi, Sadraleh. (2017). The effect of treatment based on acceptance and commitment on binge eating and difficulty in regulating emotions in binge eating disorder sufferers. National conference of new ideas in psychology and educational sciences with emphasis on recent scientific researches, Tehran. (in persian)
- Jan, S. M. (2019). The effect of non-surgical phase on fasting sugar level in type 2 diabetic patients with generalized chronic periodontitis. *Paripex-Indian Journal of Research*, 8(4).
- Lev, A., & McKay, M. (2017). *Acceptance and Commitment Therapy for Couples: A Clinician's Guide to Using Mindfulness, Values, and Schema Awareness to Rebuild Relationships*. New Harbinger Publications.
- Miller CA, Golden NH. An introduction to eating disorders: clinical presentation, epidemiology, and prognosis. *Nutr Clin Pract*. 2010 Apr; 25(2): 110-5.
- Martin, L. T., & Tesser, A. (1996). Some ruminative thoughts. In: Wyer R. S., (Ed) . *Ruminative thoughts*, 1-47. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Mao, A., Brockman, R., Neo, H. L. M., Siu, S. H. C., Liu, X., & Rhodes, P. (2022). A qualitative inquiry into the acceptability of schema therapy in Hong Kong and Singapore: implications for

- cultural responsiveness in the practice of schema therapy. *Clinical Psychologist*, 1-10.
- Muhaddith Shakuri Ganjavi, Leila, Ahadi, Hassan, Jamhari, Farhad, and Khaltabari, Javad. (2019). The effectiveness of treatment based on commitment and acceptance on fasting blood sugar level and self-efficacy in women with type II diabetes. *Knowledge and research in applied psychology*, 21(4 (serial 82)), 46-59. (in persian)
- Ostadian Khani Zahra, Hosni Fariba, Sepah Mansour Mozghan, Farnaz Senior Agriculture. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on body image flexibility and emotion control in women with binge eating disorder. *Journal of rehabilitation research in nursing*. 1399; 6 (3): 94-102. (in persian)
- Roozebooin, W.D. (2014). Solution – Focused Counseling .*Encyclopedia of Psychology and Religion*, 1625-75.
- Smith, J., & Alloy, L. (2009). A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical Psychology Review*, 29 (2), 116- 128.
- Taheri, Noorale, Qajri, Haideh, and Shahbazi, Hassan. (2017). Relationship between health literacy and self-efficacy and self-care in patients with type 2 diabetes. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 20(3), 135-141. (in persian)
- Wassenaar E, Friedman J, Mehler PS. Medical complications of binge eating disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2019;42(2):275-86.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy: A practitioners guide*. New york, Guilford Press. <https://books.google.com/>.