



مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی بر رضایت از زندگی و رفتارهای خودمراقبتی سالمندان مبتلا به دیابت نوع II

دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
استادیار گروه بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی، تهران، ایران

سودابه بهزادی

بیوک تاجری*

شیدا سوداگر

زهرا شریعتی

btajeri@yahoo.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۰۳

دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۲۰

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰
<http://Aftj.ir>

دوره ۲ | شماره ۴ پیاپی ۸ | ۴۸۳-۵۰۱
زمستان ۱۴۰۰

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی بر رضایت از زندگی و رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان مبتلا به دیابت نوع II انجام شد. **روش پژوهش:** روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی طرح آن پیش آزمون-پس آزمون و دوره پیگیری با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران سالمند دیابتی (نوع II) مراجعه کننده به کلینیک‌های تخصصی بیماران دیابتی شهر شیراز در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بودند که ۶۰ نفر به نمونه گیری هدفمند همراه با غربالگری و بر اساس جدول مورگان (۲۰ نفر گروه آزمایش ۱ و ۲۰ نفر گروه آزمایش ۲ و ۲۰ گروه گواه) به صورت تصادفی جایگزین شدند، ابتدا هر سه گروه با مقیاس رضایت از زندگی دینر و همکاران (۱۹۸۵) و پرسشنامه توان خودمراقبتی جانسون (۲۰۰۸) مورد سنجش قرار گرفتند؛ هر دو گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز (۲۰۰۴) و واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه ویلیام گلاسر (۲۰۰۰) قرار گرفتند و گروه گواه هیچ مداخله ای را دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از واریانس اندازه‌های تکراری تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج حاکی از تأثیر مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی بر نمره رضایت از زندگی ($F=4/65$, $P=0/013$) و رفتارهای خودمراقبتی ($F=10/57$, $P=0/001$) و پایداری این تأثیر در مرحله پیگیری بود. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج پژوهش می توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی به عنوان درمان‌های ترجیحی در مداخلات سالمندان مبتلا به دیابت نوع II می‌تواند مورد استفاده درمانگران قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: تعهد و پذیرش، واقعیت درمانی، رضایت از زندگی، خودمراقبتی، سالمندان، دیابت

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(بهزادی، تاجری، سوداگر و شریعتی، ۱۴۰۰)

در فهرست منابع:

بهزادی، سودابه، تاجری، بیوک، سوداگر، شیدا، و شریعتی، زهرا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی بر رضایت از زندگی و رفتارهای خودمراقبتی سالمندان مبتلا به دیابت نوع II. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۲(۴) پیاپی ۸: ۴۸۳-۵۰۱.

مقدمه

در فرآیند تحول روانی، سالمندی دوره‌ای است که در آن سلامت روانی و بهزیستی روان‌شناختی اهمیت حیاتی و اساسی دارد. سالمندان با گذر از دوران جوانی و میانسالی زندگی خود، با مسائل و مشکلات مختلفی در حوزه روابط اجتماعی، سلامت جسمانی و روانی روبه‌رو می‌شوند (لیورد و اوچارد، ۲۰۱۸). این پدیده در تمامی ادوار تاریخی وجود داشته است، اما امروزه برخلاف گذشته، پیشرفت‌های علم پزشکی، وضعیت تغذیه و اعمال روش‌های درمانی موجب افزایش تعداد سالمندان در جوامع مختلف شده است (دانشور و همکاران، ۱۳۹۷). سالمندان به نسبت سایر اقشار دیگر، بیشتر در معرض بیماری‌های صعب‌العلاج قرار می‌گیرند، چرا که سیستم ایمنی بدن آنان ضعیف شده و توان جسمی و روحی مناسب برای مقابله با بیماری‌ها را ندارند. بر این اساس، یکی از بیماری‌هایی که در قشر سالمندان زیاد مشاهده شده است، دیابت نوع II می‌باشد (فری و همکاران، ۲۰۱۸). دیابت دارای علائم متعددی است، ولی شایع‌ترین علائم تفکیکی آن، عدم تحمل گلوکز یا ازدیاد قند خون می‌باشد. فرد مبتلا به دیابت، یا انسولین تولید نمی‌کند و یا به انسولین پاسخ نمی‌دهد؛ در نتیجه ازدیاد قند خون به وجود می‌آید و فرد مبتلا به عوارض کوتاه مدت و بلندمدت، به دیابت دچار می‌شود (شکوهی فر و فلاح زاده، ۱۳۹۲).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیماران دیابتی با مشکلات زیادی در ابعاد سلامت روان خودشان مواجه هستند و عوامل فردی، اجتماعی و اقتصادی این بیماران نیز تاثیر معناداری بر کیفیت زندگی آنها و ابعاد آن مانند امید به زندگی و سطح تاب‌آوری روانشناختی دارد (ناگپال و همکاران، ۲۰۱۰). بنابر نتایج پژوهش‌های مختلف، یکی از مؤلفه‌های روانشناختی که بررسی آن در بیماران دارای دیابت اهمیت زیادی دارد، مفهوم رضایت از زندگی است. برای نمونه، تحقیق سانچز و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد که کیفیت زندگی در بیماران دیابتی از سطح پایینی برخوردار است. فورمن (۲۰۱۹) نیز در پژوهش خود به این نتیجه دست یافت که بیماران دیابتی با مشکلات زیادی در ابعاد کیفیت زندگی مواجه هستند و عوامل فردی اجتماعی و اقتصادی این بیماران تاثیر معنی‌داری بر کیفیت زندگی آنها دارد. روهنر (۲۰۱۸) نیز از نامطلوب بودن کیفیت زندگی در بیماران دیابتی خبر می‌دهد و آموزش و حمایت از بیماران دیابتی را گامی موثر در بهبود کیفیت زندگی آنها می‌داند. درک و آگاهی افراد از زندگی به دو صورت عینی و ذهنی بروز می‌کند. جنبه عینی کیفیت زندگی، همان شیوه رفتارهای قابل مشاهده فرد در جنبه‌های مختلف زندگی است، از اینرو مردم با مشاهده نحوه زندگی یک فرد می‌توانند در مورد کیفیت زندگی او قضاوت کنند. ولی جنبه مهمتر کیفیت زندگی تصور ذهنی آن است. به این معنی که امکان دارد دیگران با مشاهده رفتار فرد، کیفیت زندگی او را مثبت ارزیابی کنند، اما خود فرد چندان تصور مثبتی از آن نداشته باشد. این جنبه ذهنی از کیفیت زندگی را، رضایت از زندگی می‌نامند که دربردارنده جنبه‌های گوناگونی از زندگی می‌شود و دارای ثبات نسبی است (مورهد، ۲۰۱۸).

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، رضایت از زندگی شامل درک، آگاهی و سطح رضایت افراد از موقعیت خود در زندگی در متن فرهنگ و نظام ارزشهای محل زندگی و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و مسائل مربوط به خود فرد می‌باشد (پاماواکی، نلسون و اوموری، ۲۰۱۱). رضایت از زندگی با عواملی از جمله سلامت جسمانی، وضعیت روانی، میزان استقلال، روابط اجتماعی و باورها و ارزشها مرتبط

می باشد (دایه‌پی و سینگ، ۲۰۱۱). یک فرد زمانی از زندگی راضی است که احساس درونی مثبت و نسبتاً پایایی به جنبه های مختلف زندگی خود داشته باشد (کوسمان، سونوترا و کیتیکورن، ۲۰۱۴). رضایت از زندگی یک احساس درونی است که می‌تواند تحت تاثیر واقعیت‌های بیرونی باشد اما وابسته به آن نیست؛ به طوری که می‌توان در بدترین شرایط از زندگی احساس رضایت داشت (برانز و همکاران، ۲۰۱۳). رضایت از زندگی منعکس کننده توازن بین آرزوهای فرد و وضعیت فعلی او است و به عنوان مؤلفه شناختی رفاه ذهنی در نظر گرفته می‌شود (لوئیس، ادوارد و سینگلهارت، ۲۰۱۰). علاوه بر این، رضایت از زندگی به عنوان یکی از مفاهیم سلامت روانی، با علل مرگومیر رابطه معکوس و با افزایش طول عمر در افراد رابطه مثبتی دارد (جیکابسون، ۲۰۱۸).

اگر این مسئله را در سالمندان بررسی کنیم، باید اذعان نمود که رضایت یا رضایت‌نداشتن از زندگی در دوره سالمندی تحت تأثیر مرور گذشته زندگی فرد است (کورد و کاهرازی، ۲۰۱۰). سالمندی به عنوان مرحله نهایی رشد برای بازنگری و معنابخشیدن به چگونگی گذران زندگی گذشته است. ادامه تحول فرد در این دوره وقتی میسر است که بتواند خود را با واقع‌بینی و انعطاف‌پذیری با تغییرات و کمبودها سازگار کند و این سال‌های عمر خود را با احساس ارزشمندی و مؤثر بودن بگذراند (سیتنر، گرینفیلد و والز، ۲۰۱۸). مهم‌تر اینکه فرد محصول و میوه زندگی خود در سال‌های گذشته را در این دوره از زندگی، خواه در وجود فرزندان، خواه در روابط انسانی با دیگران یا در آثار تولیدی و خدمات فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی احساس کند و زندگی خود را معنی‌دار ببیند و از آن احساس رضایت کند که رسیدن به این رضایتمندی در دوره سالمندی به عوامل گوناگونی در زندگی افراد بستگی دارد (فریدمن و همکاران، ۲۰۱۶). نکته دیگری که باید در زمینه بیماران دارای دیابت مورد توجه قرار داد، میزان توجه به متغیرهای مربوط به درمان در آنها است. مهم‌ترین متغیرهای درمانی که در پژوهش‌های مختلف به اهمیت بررسی آنها پرداخته شده است، پیروی از درمان و عمل به رفتارهای خودمراقبتی می باشد. به عبارتی دیگر، رضایت از زندگی، هرچند باعث تسهیل روند درمان، ارتقاء رویکردهای درمانی و افزایش احتمال بهبود بیماران مبتلا به دیابت نوع II می شود، اما بدون خودنظارتی و توجه فرد بیمار به توصیه های پزشک و لذا، انجام رفتارهای مراقبتی پیگیر جهت کاهش علائم تدریجی بیماری و لذا افزایش سرعت بهبود بیماری، اثربخشی چندانی ندارد و در واقع، مراقبت شخص از خودش با توجه به توصیه های درمانی امری بسیار مهمتر از درک بیماری می باشد. این امر با نام رفتارهای خودمراقبتی شناخته می شود. خودمراقبتی، اقدامات و فعالیت‌های آگاهانه، اکتسابی و هدف‌داری است که فرد به منظور حفظ حیات و تأمین، حفظ و ارتقای سلامت خود و خانواده‌اش از زمان تولد تا مرگ انجام می‌دهند (ارین، ۲۰۱۷). حیطه‌های خودمراقبتی شامل ارتقای سلامت، اصلاح شیوه زندگی، پیشگیری از بیماری، پایش سلامت، حفظ سلامت، درمان بیماری و توان‌بخشی است. خودمراقبتی، جایگزین مراقبت تخصصی و سازمانی نیست، بلکه مکمل آن و یکی از عوامل تعیین‌کننده میزان و چگونگی استفاده از آن است (خوش تراش و همکاران، ۱۳۹۲). خودمراقبتی، جزء لاینفک تمام سطوح مراقبت‌های بهداشتی اولیه و تخصصی بوده، بنابراین اندکی تسهیل در روند اجرای خودمراقبتی می‌تواند وضعیت بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی کل جمعیت را بهبود بخشد (بانزین و برگ، ۲۰۱۵).

خودمراقبتی در بیماران، شامل کنترل و مدیریت علائم، پذیرش رژیم درمانی، حفظ سبک زندگی سالم و مدیریت تاثیر بیماری بر عملکرد روزانه، عواطف و روابط اجتماعی می باشد (کوشیار، دلیر، و حسینی، ۱۳۹۴).

در واقع یادگیری اداره کردن وضعیت‌های مزمن، ستون اصلی مراقبت از خود را تشکیل می‌دهد (ساندرا، بینمول، آنکوتی و سیلکی، ۲۰۱۸). در حیطه بیماری‌ها، خودمراقبتی باعث مدیریت بهتر علائم (همچون کاهش درد، اضطراب، افسردگی و خستگی) احساس بهبود یافته عافیت و تندرستی، افزایش امید به زندگی بهبود کیفیت زندگی با استقلال بیشتر می‌شود (آهامی و همکاران، ۲۰۱۷). اهداف نظام خودمراقبتی، تلفیقی از گزینه‌هایی مانند ایجاد انگیزه مناسب، ایجاد دانش سلامت، تقویت حس ارزشمندی، تقویت باور خودکارآمدی، افزایش مهارت استفاده از منابع سلامت بهبود سلامتی و کیفیت زندگی در افراد می‌شود (هاشمی و بویا، ۱۳۹۶). رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع II، شامل نتایج زیادی است از جمله اینکه، فرآیند پاتولوژیک بیماری متوقف می‌شود و یا بیماری تحت کنترل قرار می‌گیرد، دوم اینکه عوارض بیماری پیشگیری می‌شود و در نهایت اینکه، از انتشار عامل مؤثر در ایجاد بیماری پیشگیری می‌شود. در نتیجه این تأثیرات، سطح سلامتی و احساس خوب بودن افزایش می‌یابد و باعث ایجاد احساس رضایتمندی، لذت، شادی و سطح مناسب روانی در این بیماران می‌شود و فرد می‌تواند به ایده آل‌های خود رسیده، شخصیت‌سازی صورت می‌گیرد (چیتهم، چاوک، گوماسی و ساهای، ۲۰۱۸).

بررسی متغیرهایی مانند رضایت از زندگی و رفتارهای خودمراقبتی، درست است که باعث توجه بیشتر به مؤلفه‌های روانشناختی مثبت‌تر در بیماران مبتلا به دیابت نوع II می‌شود، اما جهت شناخت بهتر ماهیت روانشناختی این بیماری و بیماران مبتلا، باید اختلالات روانشناختی ناشی از این بیماری را نیز به طور دقیق مورد بررسی قرار داد (باقیانی مقدم و همکاران، ۱۳۹۵). نکته بسیار مهمی که در زمینه درمان بیماران مبتلا به دیابت نوع II وجود دارد، شناخت و بررسی رویکردهایی جهت افزایش انگیزه این بیماران به افزایش رضایت از زندگی، انجام رفتارهای خودمراقبتی و خودنظارتی پیگیرانه و همچنین روش‌های کاهش استرس ناشی از مرگ در این بیماران می‌باشد. اینجاست که اهمیت رویکردهای روانشناختی در اثربخشی بر این متغیرها اهمیت می‌یابد. یکی از رویکردهای روانشناختی که اثربخشی آن بر فرآیند درمان بیماران مبتلا به دیابت نوع II مورد توجه پژوهش‌های گوناگون قرار گرفته است، رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. درمان پذیرش و تعهد بر مبنای این فرضیه به وجود آمده است که آسیب روانی با تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجانات منفی همراه است (سیورسکا و همکاران، ۲۰۱۰). درمان پذیرش و تعهد بر تغییر رابطه مراجع با تجارب درونی و اجتناب‌هایش تأکید دارد (هنرپروران و میرزایی کیا، ۱۳۹۴). در این درمان مشکلات بالینی در یک قالب مفهوم‌بندی می‌شوند که سه مشکل اساسی، زیربنای مشکلات روانشناختی را تشکیل می‌دهد و شامل مشکلات مرتبط با آگاهی، اجتناب از تجارب درونی و عدم انجام فعالیت‌های مهم و ارزشمند زندگی فرد، می‌شود (منشی، زارعی و جعفری‌وارانی، ۱۳۹۵). درمان پذیرش و تعهد از یک چهارچوب فلسفی و نظری منسجم برخوردار است. یک مداخله روانشناختی مبتنی بر تجربه است که راهبردهای مبتنی بر آگاهی و پذیرش را همراه با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار به منظور افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی بکار می‌گیرد (گیلمن و همکاران، ۲۰۰۵). انعطاف‌پذیری روانشناختی به این معنی است که فرد به طور کامل با لحظات کنونی تماس داشته و بر اساس مقتضیات وضعیتی که در آن قرار دارد، رفتار خود را در راستای ارزش‌هایی که برگزیده است تغییر یا ادامه دهد (عازمی زینال و غفاری، ۱۳۹۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک مداخله رفتاری به انسان کمک می‌کند تا بیشتر در لحظات

کنونی زندگی کند، و به جای افکار، احساسات و تجارب دردناک، بر ارزش ها و اهداف مهم تمرکز نماید (هیز و استروسال، ۲۰۰۴).

یکی دیگر از رویکردهای دیگری که در پژوهش های مختلف، و البته در پژوهش حاضر، اثربخشی آن بر فرآیند درمان بیماران مبتلا به دیابت نوع II مورد توجه قرار گرفته است، واقعیت درمانی می باشد. واقعیت درمانی^۱، یکی از جدیدترین تلاش های درمانگران در راه توصیف انسان، تعیین قوانین رفتاری و چگونگی نیل به رضایت، خوشبختی و موفقیت محسوب می شود. در این شیوه درمان، مواجهه شدن با واقعیت، قبول مسئولیت و قضاوت اخلاقی درباره درست و نادرست بودن رفتار و در نتیجه نیل به هویت توفیق مورد تأکید است (گلاسر، ۲۰۰۰؛ ترجمه رحمانیان و رضائیان، ۱۳۹۲). در واقعیت درمانی، مواجهه شدن با واقعیت، مسئولیت پذیری و ارزشیابی در مورد رفتارهای درست و نادرست مورد تأکید قرار می گیرد. فرد نه تنها در مقابل اعمال خود، بلکه در برابر تفکرات و احساسات خود نیز مسئول است. فرد قربانی گذشته و حال خود نیست، مگر اینکه خود بخواهد (هوات، ۲۰۱۸). با توجه به میزان شیوع بیماری دیابت نوع II در جهان و پیامدهای روانشناختی ناشی از آن، پیروی این بیماران از رژیم های توصیه شده درمانی و انجام رفتارهای خودمراقبتی، توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب نموده است، زیرا می تواند بهبود یا ناتوانی بیماران را به همراه داشته باشد و دستاوردهای درمان را تحت تاثیر قرار دهد. نکته مهم این است که متأسفانه پژوهش های بسیار اندکی در زمینه تأثیر رویکردهای درمانی بر بهبود متغیرهای روانشناختی مانند رضایت از زندگی، کاهش مشکلات روانشناختی مانند بهبود رفتارهای خودمراقبتی انجام شده است، خصوصاً اینکه هیچ پژوهش جامعی در زمینه بررسی و مقایسه اثربخشی رویکردهای روانشناختی بر این متغیرها انجام نشده است و لذا مطالعات بیشتر و بهتری در این زمینه باید صورت بگیرد. لذا پژوهشگر در پی پاسخ به سئوالات پژوهشی زیر است:

۱. آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد واقعیت درمانی بر رضایت از زندگی و رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان مبتلا به دیابت در مرحله پس آزمون مؤثر است؟
۲. آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد واقعیت درمانی بر رضایت از زندگی و رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان مبتلا به دیابت در مرحله پیگیری پایدار است؟
۳. آیا بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد واقعیت درمانی بر رضایت از زندگی و رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان مبتلا به دیابت تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی طرح آن پیش آزمون-پس آزمون و دوره پیگیری با دوگروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران سالمند دیابتی (نوع II) مراجعه کننده به کلینیک های تخصصی بیماران دیابتی شهر شیراز در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بودند که ۶۰ نفر به نمونه گیری هدفمند همراه با غربالگری و بر اساس جدول مورگان (۲۰ نفر گروه آزمایش ۱ و ۲۰ نفر گروه آزمایش ۲ و ۲۰ گروه گواه) به صورت تصادفی جایگزین شدند، ابتدا هر سه گروه با مقیاس رضایت از زندگی و پرسشنامه

توان خودمراقبتی مورد سنجش قرار گرفتند؛ هر دو گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی قرار گرفتند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند.

ابزار پژوهش

۱. پرسش‌نامه رضایت از زندگی. این مقیاس توسط داینر و همکاران (۱۹۸۹) برای اندازه‌گیری مؤلفه‌های رضایت از زندگی بهزیستی روان‌شناختی ساخته و به کار می‌رود. مقیاس مذکور ابزاری ۵ ماده‌ای است که برای اندازه‌گیری قضاوت شناختی و کلی فرد از زندگی طراحی شده است. نمره گذاری این مقیاس به صورت ۷ درجه‌ای در مقیاس لیکرت می‌باشد، بدین صورت که برای گزینه کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۷) نمره در نظر گرفته شده است. امتیاز کلی این مقیاس با جمع پاسخ‌ها محاسبه شده و دامنه آن بین ۵ تا ۳۵ است. امتیاز بالاتر شاخص سطوح رضایتمندی بیشتر از زندگی است. دینر و همکاران (۱۹۸۵) در نمونه‌ای متشکل از ۱۷۶ دانشجوی دوره کارشناسی، مقیاس رضایت از زندگی را ارزشیابی کردند. روایی این پرسشنامه برابر با ۰/۷۶ و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۵ بود. بیانی و همکاران (۱۳۸۶) با انجام تحقیقی به بررسی اعتبار و روایی این مقیاس پرداختند. پایایی مقیاس رضایت از زندگی با آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۷۰ بدست آمد. روایی سازه مقیاس رضایت از زندگی از طریق روایی همگرا با استفاده از فهرست شادکامی آکسفورد و فهرست افسردگی بک برآورد شد. این مقیاس همبستگی ۰/۷۴ با شادکامی آکسفورد و همبستگی ۰/۶۴- با فهرست افسردگی بک نشان داد. واحدی و اسکندری (۱۳۸۹) نیز در پژوهش خود پایایی این مقیاس را به شیوه آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۷ گزارش نمودند. همچنین مظفری (۱۳۸۲) ضریب آلفای کرونباخ را برای این مقیاس ۰/۸۵ و پایایی بازآزمون را ۰/۸۴ بدست آورد. روایی این پرسشنامه در پژوهش نورکراس (۲۰۱۲) برابر با ۰/۷۰ و پایایی بازآزمون دو هفته‌ای آن برابر با ۰/۸۸ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ آن نیز برابر با ۰/۸۲ به دست آمد.

۲. پرسشنامه توان خودمراقبتی^۱. برای جمع‌آوری داده‌های مربوط به متغیر توان خودمراقبتی در بیماران دیالیزی، از پرسشنامه توان خودمراقبتی (SCAS) بهره گرفته شد. این پرسشنامه توسط جانسون (۲۰۰۸) تهیه شده است. این پرسشنامه دارای ۲۲ گویه می‌باشد. این پرسشنامه دارای ۵ مؤلفه است که شامل مؤلفه‌های «استفاده از دارو» (سؤال ۱ تا ۶)، «رژیم غذایی»^۳ (سؤال ۷ تا ۱۱)، «نظارت بر خود»^۴ (سؤال ۱۲ تا ۱۵)، «مراقبت بهداشتی»^۵ (سؤال ۱۶ تا ۱۹) و «وضعیت روانی»^۶ (سؤال ۲۰ تا ۲۲) می‌باشد. نمره گذاری این پرسشنامه به صورت ۳ درجه‌ای در مقیاس لیکرت می‌باشد بدین صورت که برای گزینه هرگز (۰)، گاهی اوقات (۱) و همیشه (۲) نمره در نظر گرفته شده است. لازم به ذکر است سؤالات ۱۲، ۲۰، ۲۱ و ۲۲ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود. بر این اساس دامنه نمره گذاری برای مؤلفه استفاده از دارو (۰-۱۲)، رژیم غذایی (۰-۱۰)، نظارت بر خود (۰-۸)، مراقبت بهداشتی (۰-۸) و وضعیت روانی (۰-

- 1 . Self- Care Activities Scale (SCAS)
- 2 . use of drug (medicine)
- 3 . diet
- 4 . self-monitoring
- 5 . health care
- 6 . psychological condition

۶) می باشد. لذا دامنه نمره گذاری کلی این پرسشنامه نیز بین ۰ تا ۴۴ می باشد. نمره بالاتر در هر مؤلفه و البته نمره کل، به معنی رفتارهای خودمراقبتی بیشتر در فرد می باشد. روایی این پرسشنامه در پژوهش جانسون (۲۰۰۸) برابر با ۰/۸۳ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ آن نیز برابر با ۰/۸۵ به دست آمد. روایی این پرسشنامه در پژوهش فورنیاک و همکاران (۲۰۱۲) برابر با ۰/۷۲ و پایایی بازآزمون دو هفته ای آن برابر با ۰/۸۵ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ آن نیز برابر با ۰/۹۰ به دست آمد. روایی این پرسشنامه در پژوهش ناصری راد (۱۳۹۰) برابر با ۰/۷۹ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ آن نیز برابر با ۰/۸۸ به دست آمد.

۳. پروتکل درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد دارای ۸ جلسه بوده که طول هر جلسه ۶۰ دقیقه بوده و در هر هفته ۲ جلسه برای افراد گروه آزمایش اول اجرا می شود. (منبع برا پروتکل درمانی اکت) جلسات این پروتکل درمانی در زیر شرح داده شده است:

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

| جلسه | هدف | محتوا و فعالیت ها |
|-------|---|--|
| اول | معارفه | برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن آزمودنی با موضوع پژوهش، بررسی بیماری سرطان پستان در افراد، سنجش کلی و سنجش شیوه های کنترلی و ایجاد درماندگی خلاق و پاسخ به پرسشنامه ها. اجرای تمرین تمرکز |
| دوم | بررسی دنیای درون و بیرون در درمان پذیرش و تعهد | ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد تغییر و تفهیم این موضوع که کنترل مسئله است نه راه حل و معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل. آموزش ذهن آگاهی و اجرای تمرین های ذهن آگاهی و ریلکسیشن |
| سوم | تصریح ارزشها؛ تصریح اهداف؛ تصریح اعمال و تصریح موانع | شناسایی ارزشهای مراجع؛ شفاف سازی ارزش ها؛ تعیین اهداف و معرفی عمل متعهدانه و تمرین ذهن آگاهی اسکن بدن |
| چهارم | بررسی ارزشهای از افراد | بررسی موانع؛ تکمیل فرم مسیرهای ارزشمند؛ تمرین سنگ مزار |
| پنجم | تفهیم آمیختگی و گسلش و انجام تمارین برای گسلش | مرور تکالیف؛ گسستگی از تهدیدهای زبان؛ ذهن آگاهی |
| ششم | تفهیم آمیختگی به خود مفهوم سازی شده و آموزش چگونگی گسلش از آن | رنج اولیه و ثانویه؛ تعهد و موانع شکل گیری رضایت |
| هفتم | تاکید برای در زمان حال بودن | ذهن آگاهی در پیاده روی؛ تمرین تنفس |
| هشتم | بررسی داستان زندگی و عمل متعهدانه | مرور درمان؛ عمل متعهدانه؛ عود و پیشامدها؛ آمادگی نه پیشگیری؛ تکلیف مادام العمر |

۴. پروتکل واقعیت‌درمانی. پروتکل واقعیت‌درمانی مبتنی بر نظریه ویلیام گلاسر می‌باشد. این پروتکل دارای ۸ جلسه بوده که طول هر جلسه ۹۰ دقیقه بوده و در هر هفته ۲ جلسه برای افراد گروه آزمایش دوم اجرا می‌شود. این پروتکل از کتاب مفهوم واقعیت‌درمانی (نوشته ویلیام گلاسر، ۲۰۰۰؛ ترجمه رحمانیان و رضائیان، ۱۳۹۲) استخراج شده است. جلسات این پروتکل درمانی در زیر شرح داده شده است:

جدول ۲. خلاصه جلسات مداخله بر اساس واقعیت‌درمانی

| جلسه | هدف | محتوا و فعالیت‌ها |
|-------|--|--|
| اول | معارفه | آشنایی اعضا با همدیگر، بیان قوانین و اهداف، ایجاد رابطه عاطفی میان اعضا و همچنین ایجاد احساس تعلق در اعضا نسبت به گروه. |
| دوم | آشنایی با نظریه انتخاب و پنج نیاز اساسی | آموزش نظریه انتخاب و پنج نیاز اساسی (بقاء، عشق و تعلق، نیاز به قدرت، آزادی و تفریح)؛ چگونگی تأثیر آنها بر زندگی؛ از اعضا خواسته می‌شود در طی هفته، نیازهای خود را بررسی کرده و آنها را بر اساس پنج نیاز اساسی اولویت بندی کنند. |
| سوم | آموزش اجزاء رفتار (مفهوم رفتار کلی) | آموزش شناسایی اجزاء رفتاری و نحوه عمل اجزاء؛ آموزش تفکر، عمل، احساس و فیزیولوژی و آموزش یکپارچه نمودن اجزاء رفتار برای شکل دهی رفتار کلی |
| چهارم | ایجاد روحیه سالم برای برقراری رابطه | بررسی و شناسایی هفت عادت رفتاری مخرب و ناسازگار (انتقاد بی مورد، سرزنش، گله کردن، غر زدن، تهدید، تنبیه و تطمیع)؛ تأکید بر لزوم ترک این رفتارهای ناسازگار و مخرب برای کنترل دیگران و جایگزین ساختن هفت عامل ارتباطی مؤثر شامل (حمایت، تشویق، پذیرش، اعتماد، احترام، گوش دادن و گفتگو) |
| پنجم | یادگیری روشهای خویشتنداری و خودکنترلی رفتار | آموزش روش‌های خویشتنداری شامل حفظ آرامش در موقعیت‌های خشم و استفاده از تکنیک‌های رفتاری مانند نفس عمیق کشیدن، شمارش رو به جلو یا رو به عقب، به صورت ایفای نقش، به منظور مدیریت اعضا در موقعیت‌های بحرانی و جلوگیری از آسیب |
| ششم | ایجاد رفتار مسئولانه به وسیله ایجاد روحیه همکاری | در این جلسه، اعضا به گروه‌های کوچکتر ۲ الی ۴ نفره تقسیم می‌شوند و با یکدیگر در انجام دادن فعالیت‌هایی همچون نقاشی و طراحی، همکاری می‌کنند. اعضا با حضور در این فعالیت‌های مشارکتی، احساس تعلق و مسئولیت را هر چه بیشتر می‌آموزند. |
| هفتم | راهبردهای طرح ریزی رفتار جدید | در این جلسه دانش آموزان روش‌هایی را می‌آموزند که انتخاب غلط را با انتخاب صحیح جایگزین کنند. همچنین دانش آموزان می‌آموزند با انتخاب رفتارهای مناسب، از بروز رفتارهای غیرمسئولانه جلوگیری کنند. |
| هشتم | نتیجه‌گیری، اتمام جلسات و تعیین تاریخ پس‌آزمون | اعضای گروه به خودشان نامه می‌نویسند که در طی جلسات آموزش چه تغییراتی داشته‌اند. نامه‌ها برای اعضا خوانده می‌شود و اعضا به نامه‌ها بازخورد می‌دهند. خلاصه جلسات، مرور شده و اعضا گروه با کمک مشاور نتیجه‌گیری می‌کنند. |

روش اجرا. اجرای این پژوهش بدین صورت بود که پس از انتخاب افراد نمونه آماری و گمارده شدن در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل به صورت تصادفی (هر گروه ۲۰ نفر)، ابتدا دو متغیر رضایت از زندگی، رفتارهای در افراد هر سه گروه مورد سنجش قرار گرفتند که نتایج به عنوان پیش آزمون در نظر گرفته شد. البته می توان نمره ای که افراد جامعه آماری از پرسشنامه های رضایت از زندگی، رفتارهای خودمراقبتی و برای انتخاب به عنوان افراد نمونه کسب کردند، نیز به عنوان پیش آزمون هر سه گروه در نظر گرفته شد. اما برای جلوگیری از تأثیر زمان بر نمره های افراد، مجدداً پیش آزمون سه متغیر ذکر شده از افراد هر سه گروه گرفته شد. در ادامه گروه آزمایشی اول تحت مداخله با استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند. مدت جلسات درمانی برای اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای گروه آزمایش اول در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای بود. سپس گروه آزمایشی دوم تحت مداخله با استفاده از واقعیت درمانی بر اساس رویکرد واقعیت درمانی قرار گرفتند. برای مداخله این گروه از پروتکل آموزش مفاهیم واقعیت درمانی بر اساس رویکرد واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه ویلیام گلاسر استفاده شد. این پروتکل دارای ۸ جلسه بوده که طول هر جلسه ۹۰ دقیقه بود. لازم به ذکر است گروه کنترل هیچگونه مداخله ای دریافت نمی کنند. در نهایت، یکبار دیگر سه متغیر رضایت از زندگی، رفتارهای خودمراقبتی در افراد هر سه گروه مورد سنجش قرار گرفتند که نتایج به عنوان پس آزمون در نظر گرفته شد. پیگیری نمونه ها سه ماه بعد از انجام مداخلات انجام گرفت. سپس با مقایسه و تحلیل نمرات پیش آزمون و پس آزمون هر سه گروه، به سنجش اثربخشی و مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی بر رضایت از زندگی، رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان مبتلا به دیابت نوع II پرداخته شد. داده های جمع آوری شده با استفاده از واریانس اندازه های مکرر تحلیل شد.

یافته ها

میانگین و انحراف استاندارد سنی شرکت کنندگان گروه آزمایشی درمان مبتنی بر پذیرش ۶۹/۱۰ (۴/۳۵)، گروه واقعیت درمانی ۶۸/۶۰ (۳/۸۵) و گروه گواه ۶۶/۶۵ (۴/۱۶) بود. از بین شرکت کنندگان در گروه آزمایشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱۳ زن و ۷ مرد، گروه آزمایشی واقعیت درمانی ۸ زن و ۱۲ مرد و گروه گواه نیز ۱۳ زن و ۷ مرد سالمند بودند.

جدول ۳. شاخص های توصیفی مربوط به داده های حاصل از اجرای مراحل آزمون در گروه های آزمایش و گواه

| مراحل | متغیر | گروه ها | | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | | واقعیت درمانی | |
|-----------|---------------------|---------|------------------|-----------------------------|------------------|---------------|------------------|
| | | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد |
| پیش آزمون | رضایت از زندگی | ۷۵/۴۷ | ۷/۳۳ | ۴۹/۰۰ | ۸/۱۴ | ۴۷/۴۵ | ۷/۴۱ |
| پس آزمون | رفتارهای خودمراقبتی | ۳۳/۰۵ | ۶/۲۶ | ۲۷/۹۰ | ۷/۳۷ | ۳۲/۰۵ | ۷/۰۶ |
| پس آزمون | رضایت از زندگی | ۴۷/۳۰ | ۶/۷۲ | ۵۶/۹۰ | ۷/۸۱ | ۵۴/۴۵ | ۷/۷۸ |
| پس آزمون | رفتارهای خودمراقبتی | ۳۳/۴۰ | ۶/۴۱ | ۳۲/۹۰ | ۶/۸۴ | ۳۷/۳۵ | ۵/۶۹ |

| | | | | | | |
|-----------------------|-------|------|-------|------|-------|------|
| پیگیری رضایت از زندگی | ۴۷/۴۵ | ۷/۱۸ | ۵۷/۰۰ | ۷/۶۲ | ۵۴/۴۵ | ۷/۵۴ |
| رفتارهای خودمراقبتی | ۳۳/۶۰ | ۶/۴۵ | ۳۳/۶۵ | ۶/۷۹ | ۳۷/۸۰ | ۵/۳۳ |

همانطور که مشاهده می‌شود میانگین نمرات گروه‌ها، در مرحله پس از آزمون نسبت به مرحله پیش از آزمون تغییر کرده است؛ همچنین این تغییرات در مراحل پیگیری پایدار نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

| متغیر | گروه | کولموگراف-اسمیرنف | | | آزمون لوین | | | موخلی | | |
|---------------------|---------------|-------------------|-------|------|------------|-------|------|-------|------|----------|
| | | درجه آزادی | آماره | سطح | درجه آزادی | آماره | سطح | آماره | سطح | معناداری |
| رضایت از زندگی | پذیرش و تعهد | ۲۰ | ۰/۲۱ | ۰/۰۶ | ۵۷ | ۰/۰۰۸ | ۰/۹۲ | ۴/۵۰ | ۰/۹۰ | ۰/۱۲ |
| | واقعیت‌درمانی | ۲۰ | ۰/۱۸ | ۰/۰۶ | | | | | | |
| | گواه | ۲۰ | ۰/۱۸ | ۰/۰۵ | | | | | | |
| رفتارهای خودمراقبتی | پذیرش و تعهد | ۲۰ | ۰/۱۶ | ۰/۲۰ | ۵۷ | ۰/۵۸ | ۰/۴۴ | ۳/۳۸ | ۰/۸۹ | ۰/۲۴ |
| | واقعیت‌درمانی | ۲۰ | ۰/۱۵ | ۰/۲۰ | | | | | | |
| | گواه | ۲۰ | ۰/۱۴ | ۰/۲۰ | | | | | | |

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد آزمون کولموگراف-اسمیرنف حاکی از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها و نتیجه آزمون لوین نیز نشان دهنده برقراری شرط همسانی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش (رضایت از زندگی و رفتارهای خودمراقبتی) است. همچنین آماره W موخلی برای متغیرهای پژوهش در سطح $0/05$ معنی‌دار نیست؛ از این رو یافته‌ها نشان می‌دهد که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته معنی‌داری نبوده و مفروضه کرویت برقرار است؛ بنابراین در ادامه برای تفسیر نتایج آزمون اثرهای درون آزمودنی‌ها از این آماره استفاده شد.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر در سه گروه در سه مرحله

| متغیر | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | نسبت F | سطح معناداری | اندازه اثر |
|---------------------|--------------|---------------|------------|-----------------|--------|--------------|------------|
| رضایت از زندگی | مراحل مداخله | ۹۰۸/۶۳ | ۲ | ۴۵۴/۳۱ | ۸/۵۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۱۳ |
| | مراحل × گروه | ۱۷۰۴/۱۳ | ۴ | ۴۲۶/۰۳ | ۸/۰۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۲ |
| | بین گروهی | ۴۶۱/۱۴ | ۲ | ۲۳۰/۵۷ | ۴/۶۵ | ۰/۰۱۳ | ۰/۱۴ |
| رفتارهای خودمراقبتی | مراحل مداخله | ۷۴۰۷/۴۷ | ۲ | ۳۷۰۳/۷۳ | ۴۳/۱۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۳ |
| | مراحل × گروه | ۳۱۸۴/۶۵ | ۴ | ۷۹۶/۱۶ | ۹/۲۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۴ |
| | بین گروهی | ۶۳۷۹/۲۴ | ۲ | ۳۱۸۹/۶۲ | ۱۰/۵۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۷ |

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی بر نمره رضایت از زندگی ($F=۴/۶۵$, $P=۰/۰۱۳$) با اندازه اثر $۰/۱۴$ و رفتارهای خودمراقبتی ($F=۱۰/۵۷$, $P=۰/۰۰۱$) با اندازه اثر $۰/۲۷$ مؤثر بوده است.

جدول ۶ نتایج آزمون بنفرونی در سه مرحله به تفکیک گروه‌ها

| متغیرها | مرحله (I) | گروه پذیرش و تعهد | | گروه واقعیت درمانی | | گروه گواه |
|---------------------|-------------|-------------------|------------|--------------------|------------|-----------|
| | | میانگین‌ها | خطای معیار | میانگین‌ها | خطای معیار | |
| رضایت | از پس‌آزمون | ۵۳/۷** | ۹۳/۱ | ۴۱/۶* | ۵۷/۳ | ۰۷/۰ |
| زندگی | پیش‌آزمون | ۳۳/۷** | ۶۰/۱ | ۷۵/۱۱** | ۷۴/۱ | ۴۶/۰ |
| | پس‌آزمون | ۲۰/۰ | ۱۰/۲ | ۳۳/۵ | ۶۲/۴ | ۳۸/۰ |
| رفتارهای خودمراقبتی | پس‌آزمون | ۳۳/۸** | ۴۴/۴ | ۰۶/۱۲* | ۰۶/۴ | ۲۶/۰ |
| | پیش‌آزمون | ۸۶/۷** | ۹۶/۴ | ۵۳/۱۹** | ۳۳/۲ | ۶۶/۰ |
| | پس‌آزمون | ۴۶/۰ | ۰۸/۱ | ۶۰/۳ | ۵۴/۳ | ۴۰/۰ |

* $P < ۰/۰۵$ ** $P < ۰/۰۱$

جدول ۶ مقایسه سه مرحله در گروه‌های آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی و گروه گواه نشان می‌دهد که تفاوت در رضایت از زندگی ($P=۰/۰۰۱$) و رفتارهای خودمراقبتی ($P=۰/۰۰۱$) در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در قیاس با پیش‌آزمون، معنادار و این تأثیر تا مرحله پیگیری پایدار مانده است؛ در حالی که در گروه گواه، این تفاوت‌ها معنادار نیست ($P > ۰/۰۵$).

جدول ۷ نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه دو به دوی گروه‌های آزمایش و گواه

| مرحله گروه | گروه | تفاوت میانگین | خطای انحراف معیار | سطح معناداری |
|---------------------|-----------------|---------------|-------------------|--------------|
| رضایت | از پذیرش و تعهد | ۶/۸۸ | ۱/۸۰ | ۰/۰۰۱ |
| زندگی | واقعیت درمانی | ۷/۷۴ | ۱/۸۰ | ۰/۰۰۱ |
| | پذیرش و تعهد | ۱/۲۲ | ۱/۸۰ | ۰/۷۵ |
| رفتارهای خودمراقبتی | پذیرش و تعهد | ۵/۱۳ | ۰/۹۶ | ۰/۰۰۱ |
| | واقعیت درمانی | ۸/۵۴ | ۰/۹۶ | ۰/۰۰۱ |
| | پذیرش و تعهد | ۲/۱۰ | ۰/۹۶ | ۰/۱۳ |

در جدول ۷ مقایسه اثر دو رویکرد مداخله بر متغیرهای وابسته نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی در متغیرهای رضایت از زندگی و رفتارهای خودمراقبتی معنادار نیست ($P=۰/۰۵$)؛ بنابراین در تأثیر مداخله بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی در بهبود رضایت از زندگی و رفتارهای خودمراقبتی تفاوتی وجود ندارد و هر دو رویکرد به یک میزان اثربخش هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی بر رضایت از زندگی، رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان مبتلا به دیابت نوع II، انجام گرفت. بر اساس نتایج بدست آمده از تحقیق حاضر مشخص شد که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی بر رضایت از زندگی و رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان مبتلا به دیابت نوع II، در طول زمان تأثیر دارند. نتایج یافته‌های تحقیق با نتایج تحقیقات حکم‌آبادی، بیگدلی و اصغری ابراهیم‌آباد (۱۳۹۸)؛ شیدایی؛ اقدم و همکاران (۱۳۹۳)؛ صفایی (۱۳۹۷)؛ دهقانی (۱۳۹۵)؛ سجادی، اکبری، کیان‌مهر و عطاردی (۱۳۸۵)؛ زهرایی، امینی و صائی (۱۳۹۷)؛ هرمان (۲۰۱۸)؛ ایفرت و همکاران (۲۰۱۸)؛ روهان و لاوسون (۲۰۱۸)؛ کاتلر و همکاران (۲۰۱۷)؛ گریفین و کاتلر بکت (۲۰۱۷)؛ فورنیر (۲۰۱۸)؛ ماروکوفسکی و همکاران (۲۰۱۷)؛ گاهلان، راجبوت، گهلاوات و گوپتا (۲۰۱۸)؛ لارسون و تورنیاک (۲۰۱۶)؛ هندریک، جوناتز و لاورن (۲۰۱۸)؛ فردریکسون، هانسل و رولانبرت (۲۰۱۸)؛ نورکراس، همیلتون و فریک (۲۰۱۵)؛ مورهد و همکاران (۲۰۱۷)؛ جوناتسی، هوملر و گراوستین (۲۰۱۶)؛ لینی، راسبرگ و دی‌نور (۲۰۱۱) و برادلی، ماگ و میلر (۲۰۱۷) در خصوص اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی در ارتباط با عوارض و اختلالات مختلف روانی همسو بود. اگرچه مرور تحقیقات تجربی نشان داد که پژوهش مشابهی در ارتباط با اثربخشی این روش‌های درمانی در سالمندان دیابتی در دسترس نیست و این می‌تواند مقایسه نتایج تحقیق حاضر با یافته‌های قبلی را از حیث همسویی و عدم همسویی با دشواری مواجه سازد؛ اما عموم مطالعات انجام گرفته در خصوص این دو روش درمان بر اثربخش بودن آنها در زمینه اختلالات مختلف روانی متفق‌القول بودند. این موضوع در در ارتباط با واقعیت‌درمانی باید با احتیاط بیشتری تعمیم داد. چرا که واقعیت‌درمانی، یکی از جدیدترین تلاش‌های درمانگران در راه توصیف انسان، تعیین قوانین رفتاری و چگونگی نیل به رضایت، خوشبختی و موفقیت محسوب می‌شود و هنوز تحقیقات در خصوص این شیوه درمان در مراحل ابتدایی است.

توجه به رویکردهای روانشناختی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی در جهت کمک به سالمندان مبتلا به بیماری دیابت نوع II در برخورد با مشکلات و اختلالات روانشناختی مانند استرس ناشی از مرگ، بهبود کیفیت‌زندگی و افزایش رفتارهای خودمراقبتی و همچنین مقدمات تدوین رویکردهای تلفیقی روانشناختی یا روانشناختی- دارویی در درمان بیماران سالمند مبتلا به دیابت نوع II از طریق افزایش رضایت از زندگی و رفتارهای خودمراقبتی در این افراد، از جمله مواردی است که در جامعه مسن حال حاضر و حتی آینده کشور، بسیار حائز اهمیت است. در تبیین یافته‌های پژوهش در خصوص اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت از زندگی، رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان مبتلا به دیابت نوع II، می‌توان گفت: تأکید اصلی این درمان بر کاهش شدت فراوانی هیجانات و افکار آزار دهنده است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای تلاش مستقیم برای کاهش موارد اخیر، بر افزایش کارآمدی رفتاری در عین وجود افکار و احساسات ناخوشایند، تأکید می‌کند. به عبارت دیگر، درمانگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تلاش نمی‌کند تا افکار آشفته‌ساز درمانجو را تغییر دهد یا هیجانات ناخوشایندش را کاهش دهد (فلکسمن و همکاران، ۱۳۹۳). مفروضه اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از این قرار است که بخش قابل توجهی از

پیشانی روان شناختی، جزء بهنجار تجربه انسانی است. از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و نظریه چارچوب ارتباطی، شیوع بالای رنجش انسانی، چیز عجیب و غریبی نیست. ظاهراً حیوانات برای رشد و نمو به چیزهای زیادی احتیاج ندارند و به نظر می رسد نسبتاً شادند؛ یعنی، اگر غذا، آب، گرما، سرپناه، و اندکی ارتباط جسمی داشته باشند و آزار جسمی چندانی نبینند به خوبی و خوشی زندگی می کنند. نظریه چارچوب ارتباطی نشان می دهد که چگونه فرایندهای طبیعی زبان، تجربه انسان را به نحو چشمگیری تغییر می دهد. این فرایندها سبب می شود که تقریباً همه جوانب تجربه انسان، به سادگی و به کرات، منفی ارزیابی شود. انسان ها هنگامی که ظرفیت کلامی منحصر به فردی پیدا می کنند تا درباره هستی شان تامل نمایند، به هدف نهایی آن فکر کنند، آن را با آرمان های ذهنی مقایسه نمایند، نقایص شخصی را تشخیص دهند، و از این نقایص به عنوان شاهدی برای بی ارزشی استفاده کنند، ظرفیت پیشانی به طور نظری افزایش می یابد. نظریه چارچوب ارتباطی فرض را بر این می گیرد که این قابلیت کلامی ظرفیتی برای اجتناب تجربه ای پدید می آورد. اجتناب تجربه ای به معنای تلاش برای اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات، و این تجارب ناآشکار اما ناخوشایند است (هنرپروران، ۱۳۹۳).

ظرفیت انسان برای اجتناب تجربه ای دست کم به دو دلیل حائز اهمیت است. نخست اینکه بسیاری از رفتارهای این چنینی، یا موجب آسیب جسمی می شود یا به وخیم شدن مسائل اولیه دامن می زند. می بارگی، سوء مصرف مواد، پرخوری، و ورزش نکردن، اغلب نمونه های معمول اجتناب تجربه ای هستند که منجر به آسیب جسمی می شوند. رفتارهایی مثل اهمال کاری و اجتناب از تعارض سازنده، اغلب پیشانی موجود را بدتر هم می کنند. به عبارت دیگر، بسیاری از نمونه های اجتناب تجربه ای ممکن است برای مدت کوتاهی تسکین دهنده باشد، اما مشکلات و پیشانی ما را در دراز مدت وخیم تر می کند. دوم اینکه بسیاری از مصادیق اجتناب تجربه ای، مانع از زندگی با معنا، هدفمند، و پورشور می شود. برای مثال، اگر برای فردی داشتن رابطه صمیمی و دلسوزانه و عاشقانه ارزشمند است و در عین حال، همواره به دنبال هیجانات ناخوشایند، از فرد مورد علاقه خود کناره گیری می کند، بعید است چنین رابطه ای ایجاد و حفظ نماید (مهردوست و همکاران، ۱۳۹۱). این مفروضه های نظریه چارچوب ارتباطی/ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دلالت بر نگاهی متفاوت به رنجش انسان دارد. اگر پیشانی فزاینده، بخشی از زندگی بهنجار انسان است که اجتناب از آن غالباً ممکن نیست؛ و اگر اجتناب تجربه ای مکرر، اغلب باعث تسریع پیشانی و کاهش کیفیت زندگی می شود، پس، شاید روان درمانی ملزم است به درمانجویان کمک کند تا راههایی برای پذیرش این پیشانی پیدا کنند، پیشانی ای که در حین زندگی معنادار، هدفمند، و پورشور ایجاد می شود. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از درمانجو نمی خواهد که محتوای افکارش را بپذیرد؛ بلکه می خواهد افکارش را به همان صورتی بپذیرد که هست، نه آن گونه که ذهنش می گوید (فلکسمن و همکاران، ۱۳۹۳).

درمان پذیرش و تعهد بر مبنای این فرضیه به وجود آمده است که آسیب روانی با تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجانات منفی همراه است (سیورسکا و همکاران، ۲۰۱۰). درمان پذیرش و تعهد بر تغییر رابطه مراجع با تجارب درونی و اجتناب هایش تأکید دارد (هنرپروران و میرزایی کیا، ۱۳۹۴). در این درمان مشکلات بالینی در یک قالب مفهوم بندی می شوند که سه مشکل اساسی، زیربنای مشکلات روانشناختی را تشکیل می دهد و شامل مشکلات مرتبط با آگاهی، اجتناب از تجارب درونی و عدم انجام فعالیت های مهم

و ارزشمند زندگی فرد، می‌شود (منشی، زارعی و جعفری‌وارانی، ۱۳۹۵)؛ در ارتباط با تبیین نتایج بدست آمده از اثربخشی واقعیت‌درمانی بر رضایت از زندگی، رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان مبتلا به دیابت نوع II، باید به هدف این شیوه درمان اشاره کرد. بلاک (۱۹۹۰) در این خصوص می‌گوید هدف واقعیت‌درمانی، پرورش قبول مسئولیت در فرد و ایجاد هویتی موفق است. فرد بایستی رفتاری را که در صدد اصلاح آن است، شناسایی کند، تمام توجه خود را به آن معطوف سازد و عذر و بهانه‌ای برای رد مسئولیت خود نیاورد. در این رویکرد تلاش می‌شود تا فرد اهداف کوتاه مدت و دراز مدت زندگی خود را بشناسد. با صراحت آنها را تعریف کند. راه‌های رسیدن به اهدافش را ارزیابی نماید. از بین آن‌ها روش‌هایی را که به نتایج مطلوب‌تری خواهد انجامید انتخاب کند و احساس مثبت‌تری را نسبت به خود تجربه نماید. صاحبی (۱۳۹۱) در ارتباط با اثربخشی واقعیت‌درمانی، در این شیوه بر رابطه همدل و حمایت‌کننده تأکید می‌کند. عامل مهم تمایل مشاوران به ابداع کردن سبک درمانی خاص خودشان است. خلوص و احساس آرامش کردن در باره سبک خویش، صفات مهمی هستند که به درمانگران امکان می‌دهند وظیفه درمانی خود را انجام دهند. برای اینکه بین درمانگر و درمانجو رابطه خوبی برقرار شود، درمانگر باید ویژگی‌های شخصی خاصی داشته باشد که صمیمیت، همخوانی، همدلی، پذیرش، علاقه، محترم شمردن درمانجو، گشودگی و استقبال کردن از اینکه توسط دیگران به چالش‌طلبیده شوند از آن جمله هستند. گلاسر (۲۰۰۶) اظهار داشته که "تداوم هدف واقعیت‌درمانی، ایجاد یک رابطه مبتنی بر نظریه انتخاب بین مشاور و مراجع است". مراجعین با تجربه یک ارتباط ارضاء‌کننده می‌توانند یاد بگیرند که چگونه ارتباط مشکل‌ساز را که آنها را روانه جلسه مشاوره ساخته است اصلاح کنند از این رو، از بسیاری جهات، رابطه مراجع-مشاور عاملی درمانی برای مراجع می‌شود. ارتباط مراجع-مشاور آنقدر مهم است که گلاسر اعتقاد دارد که اگر مشاور نتواند با مراجع ارتباط برقرار کند، تغییر اتفاق نخواهد افتاد. اولین مرحله در فرایند مشاوره دوست‌یابی نام دارد. این دوستی بر اساس احترام، حد و مرزها و انتخابها می‌باشد و شامل چندین جنبه یا بعد است. و نهایتاً نکته کلیدی در اثربخشی این شیوه درمانی اینست که بر اساس نظریات جدید، در واقعیت‌درمانی، مواجه شدن با واقعیت، مسئولیت‌پذیری و ارزشیابی در مورد رفتارهای درست و نادرست مورد تأکید قرار می‌گیرد. فرد نه تنها در مقابل اعمال خود، بلکه در برابر تفکرات و احساسات خود نیز مسئول است. فرد قربانی گذشته و حال خود نیست، مگر اینکه خود بخواهد (هوات، ۲۰۱۸). با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی بر زنان و مردان سالمند مبتلا به دیابت پیشنهاد می‌شود که این شیوه‌های درمانی در لیست برنامه‌های درمانی در مراکز بهداشتی و درمانی برای سالمندان قرار گیرد تا درمانگران بتوانند با توجه به این رویکردها به درمان مشکلات خانواده‌های دارای سالمند بپردازند. در ارتباط با محدودیت‌های پژوهش در خصوص سنجش رضایت از زندگی و رفتارهای خودمراقبتی با ابزار غیر بومی و مبتنی بر فرهنگ غربی اشاره کرد که می‌تواند نتایج این پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد؛ به همین منظور پیشنهاد می‌شود پرسشنامه‌ای در خصوص ابزارهای پژوهشی مبتنی بر فرهنگ کشورمان تدوین و هنجاریابی شود.

موازین اخلاقی

در این پژوهش، موازینی اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری، رعایت شدند. با توجه نحوه جمع‌آوری داده‌ها، شرکت‌کنندگان درباره خروج از پژوهش مختار بودند. در این پژوهش به افراد اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این موضوع به طور کامل رعایت شد.

سیاسگزاری

این مطالعه برگرفته از رساله مقطع دکتری رشته مشاوره در دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج انجام شد. در پایان، از تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش و مسئولان کلینیک‌های تخصصی بیماران دیابتی شهر شیراز که نویسندگان را در اجرای این پژوهش یاری و همراهی نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- بیانی، علی اصغر، کوچکی، عاشور محمد، و گودرزی، حسنیه. (۱۳۸۶). اعتبار و روایی مقیاس رضایت از زندگی (SWLS). *روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*، ۳(۱۱): ۲۴۵-۲۵۹
- خوش تراش، مهرنوش، مؤمنی، مریم، قنبری خانقاه، عاطفه، صالح زاده، امیرحسین، و رحمت پور، پروین (۱۳۹۲). رفتارهای خودمراقبتی و عوامل مرتبط با آن در مبتلایان به نارسایی قلبی، *مجله پرستاری و مامایی جامع نگر*، ۲۳(۶۹): ۲۲-۲۹.
- دانشور، سمیرا، خدامرادی، علی، غضنفری، زینب، و منتظری، علی (۱۳۹۷). بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی: یک مطالعه مقایسه‌ای. *نشریه پیش*، ۱۷(۵): ۵۴۱-۵۵۰.
- شکوهی فر، مرضیه، و فلاح زاده، حسین (۱۳۹۲). بررسی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع II و ارائه یک مدل ساختاری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۴(۱۶): ۸۴-۹۲.
- عازمی زینال، اکرم، و غفاری، عذرا (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر افسردگی، سلامت جسمانی و سلامت روانی بیماران دیالیزی. *اردبیل: مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۸(۴۳): ۲۱۷-۲۲۹.
- کوشیار، هادی، دلیر، زهرا، و حسینی، مسعود (۱۳۹۴). بررسی رفتارهای خودمراقبتی مرتبط با سلامت و عوامل مؤثر بر آن در سالمندان مبتلا به دیابت شهر مشهد. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱(۹): ۵۴-۷۱.
- گلاسر، ویلیام (۲۰۰۲). *مفاهیم واقعیت درمانی: رویکردی نو به مفهوم واقعیت*. ترجمه محمد رحمانیان و سعید رضائیان، ۱۳۹۱، تهران: نشر ویرایش.
- منشی، غلامرضا، زارعی، مجید، و جعفری واران، حامد (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران همودیالیز. *اصفهان: مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۴(۲): ۲۰۴-۲۰۹.

واحدی، شهرام، اسکندری، فاطمه. (۱۳۸۹). اعتبارسنجی و تحلیل عاملی تأییدی چند گروهی مقیاس رضایت از زندگی در بین دانشجویان پرستاری و مامایی. *نشریه پژوهش پرستاری ایران*، ۵ (۱۷): ۶۸-۷۹

هاشمی، سید مهدی، و بویا، صالح الدین (۱۳۹۶). تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به دیابت: یک مسئله مهم اما فراموش شده. *فصلنامه علمی پژوهشی پرستاری دیابت زایل*، ۱۹ (۴۵): ۱۷۵-۱۹۳.

هنرپروران، نازنین و میرزایی کیا، حسین (۱۳۹۴). راهنمای عملی درمانگران در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT). تهران: نشر امید مهر.

References

- Ahami, A., Mammad, K., Azzaoui, Z., Boulbaroud, S., Rouim, F., Rusinek, S. (2017). Early Maladaptive Schemas, Working Memory and Academic Performances of Moroccan Students. *Open Journal of Medical Psychology*. 6; 53-64.
- Benzein E, Berg A. (2015). The level of and relation between hope, hopelessness and fatigue in patients and family members in palliative care. *Palliative Medicine*; 19(3):234-40.
- Brans K, Koval P, Verduyn P, Lim YL, Kuppens P. (2013). The Regulation of Negative and Positive Affect in Daily Life. *American Psychological Assoc*; 13(3).
- Chittem, M., Chawak, S., Gomathy, S., Sridharan, P., & Sahay, R. (2018). The relationship between diabetes-related emotional distress and illness perceptions among Indian patients with Type II diabetes. *Psychol. Health* 14(28): 235-257.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Douaihy, A., & Sing, N. (2011). Factors affecting quality of lif in patient with HIV infection. *Aids reader*, 11(9).622-90.
- Erien, J. (2017). Adherence revisited: The patient's choice. *Orthopedic Nurcing*, 21(2): 79-82.
- Frey MA, Naar-King S, Templin T, Cunningham P, Cakan N. (2018). Use of multisystemic therapy to improve regimen adherence among adolescents with type 1 diabetes in chronic poor metabolic control: a randomized controlled trial. *Diabetes Care*; 28(7): 1604-1610.
- Friedman, C., Nelson, V., Baer, P., Lane, M., Smith, F., & Dworkin, R. J. (2016). The relationship of dispositional optimism, daily life stress, and domestic environment to coping methods used by cancer patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 15(9), 178-192.
- Gilman, R.; Ashby, J. S.; Sverko, d.; Florell, D. and verjas, k. (2005). The relationship between perfectionism and multidimensional life satisfaction among Croatian and American youth. *Personality & Individual Differences vol.39, Issue. 1, pp155-166*.
- Glasser, W. (2006). Choice theory of the new personal freedom psychology. Firouzbakht M. (translator). Tehran: Rasa Cultural Services Institute; 1727.
- Howatt, W. (2018). The Evolution of Reality Therapy to Choice Theory. *International Journal of Reality Therapy*. Vol 435, Number 1.
- Jicabson, S. (2018). Correlation between mental well-being and quality of life marital. , *Journal of personality and social psychology*, 7(16), 267-292.
- Kord, B. T. and kahrazei. (2010). General Health and Life Satisfaction of Students in Polygamy and Monogamy Families. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*. Vol. 36, No.2, 307- 310.
- Kusman I, Sunuttra T, Kittikorn N. (2014). Coping and quality of life among undergoing hemodialysis. *Thai J Nurs Res*; 13(2):109-17.

- Lloyd CE, Orchard T. (2018). Physical and psychological well-being in adults with type 1 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*; 44(1): 9-19. 8
- Lowis, M. J. ; Edwards, A. C.; Singlehurst, H. M.(2011). The Relationship Between Preretirement Occupation and Older Adults' Life Satisfaction and Self-Rated Health. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied. Volume 145.*
- Nagpal J, Kumar A , Kakar S , Bhartia A. (2010). The Development of 'Quality of Life Instrument for Indian Diabetes Patients (QOLID) :a Validation and reliability Study in Middle and Higher Income groups ,*J Assoc Physicians India, 58(15): 295-304.*
- Sandra, R., Binimol, J., Annakutty, P., & Selcy, J. (2018). Radiology and the Dialysis Patient: Collaboration and Quality of Care. *Journal of Radiology Nursing, 37(3):211-235.*
- Siewierska, K., Malicka, I., Kobierzycki, C., Paslawska, U., Cegielski, M., Grzegorzolka, J., & Wozniowski, M. (2018). The Impact of Exercise Training on *Breast Cancer in vivo, 32(2), 249-254.*
- Sittner KJ, Greenfield BL, Walls ML. (2018). Microaggression, diabetes distress, and self-care behaviors in a sample of American Indians adults with type 2 diabetes. *J Behav Med; 41; 122-129.*
- Yamawaki, N; Nelson, J. A.P and Omori, M.(2011). Self-esteem and life satisfaction as mediators between parental bonding and psychological well-being in Japanese young adults. *International Journal of Psychology and Counseling Vol. 3(1), pp. 1-8.*

پرسشنامه توان خودمراقبتی

| همیشه | گاهی اوقات | هرگز | توانایی مراقبت از خود | |
|-------|------------|------|---|----|
| ۲ | ۱ | ۰ | من از اطلاعات بهداشتی و سلامت برای انتخاب راه حل مشکلم در مراقبت از خود استفاده میکنم | ۱ |
| ۲ | ۱ | ۰ | در نظر میگیرم به چه میزان مسئله خودمراقبتی متناسب با میزان رضایتمندی در زندگی خانوادگی میباشد | ۲ |
| ۲ | ۱ | ۰ | برای مراقبت از خودم شیوه های جدیدی که متخصصین ارائه میدهند را امتحان میکنم | ۳ |
| ۲ | ۱ | ۰ | روش های مراقبت از خودم با تمام شیوه های زندگی ام، متناسب است. | ۴ |
| ۲ | ۱ | ۰ | بهبود یا عدم بهبود در علائم بیماریم را پیگیری میکنم | ۵ |
| ۲ | ۱ | ۰ | به تناسب نوع مشکلات مختلفی که دارم ، به راه های گوناگونی برای مراقبت از خودم می اندیشم . | ۶ |
| ۲ | ۱ | ۰ | به مسائلی که در اطرافم توان مراقبت از خودم را تحت تاثیر قرار میدهند، دقت میکنم | ۷ |
| ۲ | ۱ | ۰ | برای مراقبت کردن از خودم توانایی جسمی دارم | ۸ |
| ۲ | ۱ | ۰ | یه علائمی که نشاندهنده نیاز به ایجاد تغییر در نحوه مراقبت از خودم میباشدند ، دقت میکنم | ۹ |
| ۲ | ۱ | ۰ | زمانی که کارها خلاف میلم پیش برود ، باز از مراقبت از خودم دست نمیکشم | ۱۰ |
| ۲ | ۱ | ۰ | برای مراقبت از خودم منابع مورد نیازم رامیشناسم | ۱۱ |
| ۲ | ۱ | ۰ | از خودم مراقبت میکنم چون سلامتی ام برایم مهم است | ۱۲ |
| ۲ | ۱ | ۰ | برای مراقبت از خودم اطلاعات مربوط به حفظ سلامت را به یاد می آورم | ۱۳ |
| ۲ | ۱ | ۰ | میدانم کجا میتوان اطلاعات مهم مورد نیاز را برای مراقبت از خودم پیدا کنم | ۱۴ |
| ۲ | ۱ | ۰ | برای دستیابی به اهداف سلامتی ام ، فعالیتهایم را با یکدیگر هماهنگ میکنم | ۱۵ |
| ۲ | ۱ | ۰ | من برنامه خودمراقبتی جدیدی را متناسب با روال موجود اجرا مینمایم | ۱۶ |
| ۲ | ۱ | ۰ | به شیوه ای که برای مراقبت از خود انتخاب میکنم دقت میکنم تا در برگزیده تمام مولفه های مهم زندگی من را در بر گیرد | ۱۷ |
| ۲ | ۱ | ۰ | برای حصول اطمینان از درستی تصمیماتی که برای مراقبت از خودم میگیرم ، اقدامات را تا انتها ، پیگیری میکنم | ۱۸ |

| | | | | |
|---|---|---|----|--|
| ۲ | ۱ | ۰ | ۱۹ | برای مراقبت کردن از خودم یک سری برنامه روزمره طراحی میکنم |
| ۲ | ۱ | ۰ | ۲۰ | به تاثیرات تصمیماتم در سلامتی و مراقبت از خودم، فکر میکنم |
| ۲ | ۱ | ۰ | ۲۱ | توانم را آگاهانه برای مهمترین بخش های مراقبت از خودم بکار میگیرم. |
| ۲ | ۱ | ۰ | ۲۲ | اطلاعات مورد نیاز برای مراقبت از خودم را از افراد متخصص و مطلع دریافت میکنم. |

پرسشنامه رضایت از زندگی

| گویه | کاملاً مخالفم | مخالفم | کمی مخالفم | نه موافقم، کمی مخالفم | کمی موافقم | موافقم | کاملاً موافقم |
|--|---------------|--------|------------|-----------------------|------------|--------|---------------|
| ۱- زندگی من از خیلی جهات به آرمان من نزدیک است | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ |
| ۲- شرایط زندگی من عالی است | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ |
| ۳- از زندگی‌ام راضی‌ام | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ |
| ۴- تاکنون هرآنچه را که در زندگی می‌خواستم به دست آورده‌ام | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ |
| ۵- اگر می‌توانستم زندگی دوباره داشته باشم، تقریباً هیچ چیز را تغییر نمی‌دادم | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ |

The comparison of the effectiveness of acceptance, commitment, and reality therapy on life satisfaction and self-care behaviors of the elderly with type II diabetes

Soudabeh. Behzadi¹, Biuok. Tajeri^{2*}, Sheida. Sodagar³ & Zahra. Shariati⁴

Abstract

Aim: This study aimed to compare the effectiveness of acceptance, commitment, and reality therapy on life satisfaction and self-care behaviors of the elderly with type II diabetes. **Methods:** The method of this research was a quasi-experimental with a pretest-posttest design and follow-up period with two experimental and one control groups. The statistical population included all elderly diabetic patients (type II) referred to technical clinics for diabetic patients in Shiraz in 2020-2021. In this population, 60 people were selected by purposive sampling along with screening. And based on Morgan table, they were assigned into different groups (20 participants in experimental group 1 and 20 in experimental group 2, and 20 in the control group). All three groups were first using the Satisfaction With Life Scale (Diener, et al., 1985) and the Johnson Self-Care Ability Questionnaire (2008). Both experimental groups received eight sessions of 90-minute intervention based on Haye's acceptance and commitment therapy (2004) and reality therapy based on William Glasser's (2000) theory, and the control group did not receive any intervention. The data were analyzed using repeated measures of variance. **Result:** The results indicated the effect of treatment intervention based on acceptance and commitment and reality therapy on life satisfaction scores ($F = 4.65, P = 0.013$) and self-care behaviors ($F = 10.57, P = 0.001$). And this effect was stable in the follow-up stage. **Conclusion:** According to the results of the study, it can be concluded that therapists can use the treatment based on acceptance, commitment, and reality therapy as the preferred therapies in the intervention of the elderly with type II diabetes.

Keywords: *Commitment and Acceptance, Reality Therapy, Life Satisfaction, Self-Care, Elderly, Diabetes*

1. PhD student in Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

2. ***Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran
Email: btajeri@yahoo.com

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

4. Assistant Professor, Department of Health, Islamic Azad University of Medical Sciences, Tehran, Iran