Journal of Diabetes Nursing
2021; Volume 9 Number 3

pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Self-care and Psychological Capital of Patients with Diabetes

Saeidi Aboutaleb[1], **Jabalameli Sheida**[2 *], Gorji Yousef[3], Ebrahimi Amrullah[4]

1. PhD Student in Health Psychology, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Khomeini Shahr Branch, Islamic Azad University, Khomeini Shahr, Iran
4. Associate Professor, Department of Health Psychology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Article information:

Original Article

Received: **2020/11/23**

Accepted: **2021/09/12**

JDN 2021; 9(3)

1633-1647

Corresponding Author:
Sheida Jabalameli, Islamic Azad University of Najafabad
Jabalameli.Sh@gmail.com

Abstract

Introduction: Acceptance and commitment therapy has been used as one of the effective methods for the treatment and reduction of psychological symptoms of chronic diseases, such as diabetes. The present study aimed to determine the effect of acceptance and commitment therapy on the self-care and psychological capital of patients with diabetes.

Materials and Methods: This quasi-experimental study was conducted based on a pre-test-post-test control group design and follow-up period (3months). For this purpose, 30 people with type 2 diabetes who had a medical record in Shahrekord Diabetes Association were selected using purposive sampling and randomly assigned to two groups of experimental and control (n=15 in each group). The data collection tools included a self-care questionnaire and psychological capital which were completed by the participants. Finally, the data were analyzed in SPSS software (version 20).

Results: The results showed a significant difference in psychological capital between the two study groups in the post-test and follow-up stages ($P<0.05$). Moreover, the difference between the self-care of the two groups in the post-test and follow-up stages was significant ($P<0.05$). Furthermore, the effect of the intervention was stable in the experimental group, and there was a significant difference between the groups ($P<0.05$).

Conclusion: As evidenced by the results of this study, it can be concluded that the use of acceptance and commitment therapy, along with medical therapies, can enhance self-care capacity and psychological capital in diabetes patients.

Keywords: *Acceptance and Commitment Therapy, Self-care, Psychological capital, Diabetes.*

Access This Article Online	
Quick Response Code:	Journal homepage: http://jdn.zbmu.ac.ir
	How to site this article: saeidi A, Jabalameli S, Gorji Y, Ebrahimi A. Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Self-care and Psychological Capital of Patients with Diabetes. J Diabetes Nurs. 2021; 9 (3) :1633-1647

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-12-16]

فصلنامه علمی پژوهشی پرستاری دیابت زابل
سال ۹، شماره ۳، تابستان ۱۴۰۰
صفحات: ۱۶۴۷-۱۶۳۳

pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود مراقبتی و سرمایه روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت

ابوطالب سعیدی[۱]، **شیدا جبل عاملی**[۲*]، یوسف گرجی[۳]، امرالله ابراهیمی[۴]

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.
۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، ایران.
۴. دانشیار، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

نویسنده مسئول: شیدا جبل عاملی، دانشگاه آزاد اسلامی نجف آباد **Jabalameli.Sh@gmail.com**

چکیده

مقدمه و هدف: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان روش درمانی مؤثر برای درمان و کاهش علائم روانشناختی بیماری های مزمن پزشکی از جمله دیابت به کار رفته است. هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود مراقبتی و سرمایه روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت بوده است.

مواد و روش ها: در این پژوهش نیمه آزمایشی از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری (سه ماهه) استفاده شد. بدین منظور ۳۰ نفر از افراد مبتلا به دیابت نوع دو که در انجمن دیابت شهرکرد پرونده داشتند با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه خود مراقبتی و سرمایه روان‌شناختی بود که توسط شرکت‌کنندگان در پیش آزمون و پس آزمون تکمیل شدند. سپس گروه آزمایشی، ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرد. در نهایت داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد که در سرمایه روان‌شناختی بین دو گروه مطالعه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($P<۰/۰۵$). همچنین تفاوت بین خودمراقبتی در دو گروه در مرحله پس آزمون و پیگیری معنادار بود ($P<۰/۰۵$). علاوه بر این، تاثیر درمان در گروه آزمایشی پایدار بود و بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود داشت ($P<۰/۰۵$).

نتیجه گیری: با استناد به یافته‌های به دست آمده از این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کنار درمان‌های پزشکی می‌تواند باعث افزایش توان خود مراقبتی و سرمایه روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت شود.

کلید واژه ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خود مراقبتی، سرمایه روان‌شناختی، دیابت.

How to site this article: saeidi A, Jabalameli S, Gorji Y, Ebrahimi A. Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Self-care and Psychological Capital of Patients with Diabetes. J Diabetes Nurs. 2021; 9 (3) :1633-1647

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-12-16]

مقدمه و هدف

تغییر در شیوه زندگی، پیشرفت و صنعتی شدن جوامع به صورت تهدید جدی برای سلامتی در قالب بیماری‌های مزمن و واگیردار درآمده است که روز به روز هم در حال افزایش است. به طور کلی امروزه چهار گروه بیماری‌های غیر واگیر شامل بیماری‌های قلبی و عروقی، سرطان‌ها، بیماری‌های مزمن تنفسی و دیابت مهم‌ترین تهدیدکننده حیات انسان محسوب شده است. از بین این بیماری‌ها، دیابت به‌عنوان بزرگ‌ترین اپیدمی قرن، بیشترین افزایش را در کل جهان دارا است (۱). دیابت به گروهی از بیماری‌های متابولیک گفته می‌شود که ویژگی آن‌ها افزایش سطح قند خون به علت نقص در ترشح انسولین و نقص در عملکرد آن و یا هر دو مورد می‌باشد(۲). دیابت به دو نوع اولیه شامل دیابت نوع یک، دیابت نوع دو و دیابت بارداری، و دیابت ثانویه ناشی از مصرف دارها و یا همراه برخی از بیماری‌ها، تقسیم می‌شود (۳). در بین انواع دیابت، دیابت نوع دو شایع‌تر است و ۹۰ تا ۹۵ درصد همه موارد دیابت را در برمی‌گیرد و نشانه‌های آن مقاومت نسبت به انسولین و اختلال در ترشح آن می‌باشد (۴). میزان شیوع دیابت نوع دو در دهه اخیر به‌طور چشمگیری افزایش یافته است و پیش‌بینی می‌شود میزان آن تا سال۲۰۳۰به ۴۳۸ میلیون نفر در جهان برسد. طبق نظر سازمان بهداشت جهانی در ایران شیوع دیابت در مردان ۹/۸ درصد و در زنان ۱/۱۱ درصد است (۵). بیماری دیابت علاج قطعی ندارد، بهترین روش، مدیریت و کنترل آن است. یکی از مؤلفه‌های اساسی در مدیریت دیابت خود مراقبتی است که شامل تغییر در سبک زندگی، کنترل تغذیه‌ای، ورزش منظم، استفاده از دارو، پایش قند خون و مراقبت از پا و عدم مصرف دخانیات است (۶).

شواهد علمی حاکی از این است که تنها سهم اندکی از بیماری‌های مزمن مثل دیابت توسط کادر تخصصی درمان می‌شوند درحالی‌که اغلب بیماری‌ها توسط خود فرد و خانواده مدیریت می‌شود به عبارت بهتر ۹۵ درصد مراقبت و درمان دیابت در بزرگسالان توسط خود بیمار صورت می‌گیرد. بالا بردن توان خود مراقبتی از طریق آموزش به بیمار باعث پایداری سلامتی و کاهش عوارض ناشی از بیماری می‌شود و عدم انجام آن منجر به افزایش چهار برابری عوارض دیابت می‌شود (۷). میزان مشارکت بیماران دیابتی در رفتارهای خود مراقبتی در جوامع مختلف متفاوت است. با توجه به اینکه بهبود رفتارهای خود مراقبتی یکی از راهکارهای مؤثر در کنترل دیابت و عوارض آن می‌باشد تنها درصد اندکی از بزرگسالان مبتلا به دیابت، روش‌های خودمراقبتی را در سطح بالا انجام می‌دهند (۸). مطالعات متعدد، کاهش عوارض کوتاه‌مدت و بلندمدت دیابت را در انجام رفتارهای خود مراقبتی نشان داده اند. برای مثال پژوهش پووی و همکاران(۹) نشان داد که در بیماران مبتلا به دیابت، رفتارهای خودمراقبتی مانند رعایت رژیم غذایی تاثیر معنادار بر کنترل و بهبود علایم دیابت دارد. به‌طورکلی در مدیریت دیابت هر چند داروها و تغییر سبک زندگی از ارکان اصلی درمان قلمداد می‌شود ولی نقش عوامل روان‌شناختی هم حائز اهمیت است، زیرا وقتی بیماری تشخیص داده می‌شود، واکنش‌های هیجانی، شخصیت، باورها و ادراک فرد نسبت به بیماری، روی سازگاری با بیماری و توان خود مراقبتی بیمار تأثیر دارد (۱۰).

علاوه بر خود مراقبتی یکی از عوامل روان‌شناختی اثرگذار در درمان دیابت، سرمایه روان‌شناختی است که شامل مجموعه‌ای از صفات و توانمندی‌های مثبت از قبیل خودکارآمدی، خوش‌بینی، تاب‌آوری و امیدواری است (۱۱). سرمایه روان‌شناختی یکی از شاخص‌های روان‌شناختی مثبت‌گرایی می‌باشد که با ویژگی‌های از قبیل باور فرد به توانایی‌هایش برای دستیابی به موفقیت (خودکارآمدی)، داشتن پشتکار در دنبال کردن اهداف (امیدواری)، ایجاد اسناد مثبت درباره خود (خوش‌بینی) و تحمل کردن مشکلات (تاب‌آوری) تعریف می‌شود (۱۲). برخی از مطالعات نشان داده اند که سرمایه روانشناختی می تواند به بهبود کیفیت زندگی و وضعیت روانشناختی بیماران دارای

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-12-16]

بیماری های مزمن کمک نماید. برای مثال نتایج پژوهش اعراب شیبانی و همکاران(۱۳) که در بیماران دیابتی انجام شده است نشان داد که افراد با سرمایه روان‌شناختی بالاتر بهتر می‌توانند با مشکلات زندگی روبرو شوند. برخوردار بودن از سرمایه روان‌شناختی افراد را قادر می‌سازد تا علاوه بر مقابله بهتر در برابر موقعیت‌های استرس‌زا کمتر دچار تنش شوند، در برابر مشکلات از توان بالایی برخوردار باشند، به دیدگاه روشنی درباره خود برسند و کمتر تحت تأثیر وقایع روزمره قرار بگیرند لذا این دسته افراد سلامت روان‌شناختی بالاتری دارند و بهتر با مشکلات مزمن پزشکی کنار می‌آیند (۱۴).

به‌هرحال با توجه به اینکه دیابت، عوارض عروقی میکرو اسکولار و غیر عروقی مثل گاستروپاندی، عفونت، تغییرات پوستی، ایجاد می‌نماید و مجموعه این عوامل موجب کاهش سلامت و امید به زندگی و کیفیت زندگی می‌باشد؛ نقش عوامل و درمان‌های روان‌شناختی در کنترل و سازگاری با بیماری حائز اهمیت است (۱۵). تحقیقات نشان می‌دهد که درمان‌های روان‌شناختی در کنار درمان‌های طبی می‌تواند به نتایج مثبت درمانی در بیماران دیابت منجر شود، آموزش و ملاحظات مبتنی بر پذیرش و تعهد در سال‌های اخیر در علوم مرتبط با سلامت جایگاه ویژه‌ای پیدا کرده است (۱۶). پژوهش پالانن (۲۰۰۷) نشان داده که گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به سایر درمان‌های روان‌شناختی دیابت، هزینه کمتری می‌طلبد و در کوتاه‌مدت مؤثر است (۱۷). این درمان برای دستیابی به زندگی پرنشاط، هدفمند و با معنا کمک می‌کند برخلاف رویکردهای کلاسیک رفتاردرمانی شناختی، هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تغییر شکل یا فراوانی افکار و احساسات آزاردهنده نیست بلکه هدف آن تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است؛ مراد از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی توانایی تماس با لحظه لحظه‌های زندگی و تغییر یا تثبیت رفتار است، رفتاری که به مقتضیات موقعیت، همسو با ارزش‌های فرد می‌باشد. رویکرد درمانی مذکور از شش فرایند درمانی تشکیل شده است. گسلش شناختی، پذیرش، تماس با لحظه اکنون، خویشتن مشاهده‌گر، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه (۱۸).

پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کنترل دیابت می‌باشد؛ در پژوهش فاتل و اندرسن (۲۰۰۴) نشان داده شد که خود مراقبتی یکی از آیتم‌های اصلی درمان دیابت است و برای تداوم آن، بیمار باید بین منابع ارزش‌ها و اولویت‌های رژیم‌درمانی آشتی ایجاد کند، این مسئله نیز منطبق بر گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد است که بر شناخت ارزش‌ها و پایبندی به آن‌ها در جهت درمان بیمار تأکید دارد (۱۹). مطالعه شایقیان و همکاران (۲۰) حاکی از اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود و هموگلوبین گلیکوزیه و فعالیت‌های خود مراقبتی در مبتلا به دیابت نوع دو می‌باشد (۲۰). در مجموع در بیماری دیابت، علاوه بر مکانیزم‌های بیولوژیکی درگیر، عوامل روان‌شناختی می‌توانند بر دیابت اثرگذار باشند و درمان‌های روان‌شناختی می‌توانند سرمایه روان‌شناختی بیماران را افزایش دهد به عبارتی باعث ادراک مثبت فرد نسبت به بیماری، بالا بردن آستانه تحمل و افزایش امید در آن‌ها شود (۲۱). باغبان و همکاران (۲۲) در پژوهش خود اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر ادراک بیماری و سرمایه روان‌شناختی افراد مبتلا به دیابت نوع دو بررسی نمودند، در این مطالعه ۳۴ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی بیمارستان شهر فردوس در سال ۹۲ مورد بررسی قرار گرفت و نتایج افزایش معناداری نمرات سرمایه روان‌شناختی و زیرمقیاس‌های آن، خودکارآمدی، خوش‌بینی و امیدواری و تاب‌آوری در بیماران دیابت نوع دو را نشان داد.

مطالعات حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرمایه روان‌شناختی بیماران دیابت می‌باشد. درمان پذیرش و تعهد سبب بهبود و تحمل شرایط درمان، افزایش سرمایه روان‌شناختی و کیفیت زندگی در بیماران دیابتی شده است به عبارتی پذیرش بیماری کمک می‌کند تا بیمار

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-12-16]

دید درستی نسبت به فرایند درمان داشته باشد و با تعهد درمان را دنبال کند و به‌این‌ترتیب با افزایش پذیرش بیماری و تعهد به درمان کیفیت زندگی بالا می‌رود (۲۳-۲۴).

به‌طورکلی در اهمیت و ضرورت انجام این پژوهش می‌توان گفت که دیابت از جمله بیماری‌های مزمن پزشکی است که تمام جنبه‌های زندگی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد و فرد را در برابر مشکلات ناتوان می‌کند. در این راستا، توجه به جنبه‌های روان‌شناختی در پیشگیری و درمان دیابت در دهه‌های اخیر مورد توجه متخصصان حوزه سلامت بوده است و نگرش به بیماری‌های مزمن پزشکی بر اساس رویکرد زیستی- روانی- اجتماعی، ایجاب می‌کند که به جنبه‌های روان‌شناختی این دسته از بیماری‌ها بیشتر توجه شود؛ لذا با توجه به وجود مشکلات روان‌شناختی متعدد در بیماران مبتلا به دیابت و همچنین افزایش شیوع اخیر آن در جامعه ایران، انجام تحقیقات جدید در زمینه درمان‌های روانشناختی جدید و موثر به منظور کاهش مشکلات روانی و جسمانی بیماران مبتلا به دیابت ضروری به نظر می رسد. در این راستا، بررسی تحقیقات قبلی دردسترس نشان داد که آن ها بیشتر به وجود مشکلات جسمی و روان‌شناختی مانند استرس، اضطراب، خشم، افسردگی و خود مراقبتی و سرمایه روانشناختی پایین در بیماران دیابتی، اشاره کرده اند و تاکنون پژوهشی که مستقیماً به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود مراقبتی و سرمایه روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو پرداخته باشد، وجود ندارد. لذا نوآوری این پژوهش استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به منظور بهبود علایم روانشناختی بیماران دیابت می باشد و بر این اساس هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود مراقبتی و سرمایه روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو می‌باشد.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه با کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود که در سال ۹۸ و ۹۹ در انجمن دیابت شهرکرد تشکیل پرونده داده بودند. این مطالعه با دریافت کد اخلاق به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی رسید. در این پژوهش با توجه به امکانات موجود و براساس پژوهش های مداخله ای مشابه قبلی مانند قائدرحمتی و جبل عاملی (۱۳۹۸) که تعداد نمونه کافی برای بررسی نتایج پژوهش های مداخله ای را ۳۰ نفر اعلام کرده اند، تعداد ۳۰ بیمار برای ورود به پژوهش در نظر گرفته شد. لذا ۳۰ نفر بیمار مبتلا به دیابت نوع دو به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و سپس به صورت تصادفی در قالب دو گروه مداخله (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلا به دیابت نوع دو با تشخیص متخصص داخلی یا فوق تخصص غدد، دامنه سنی۵۰-۲۰سال، داشتن تحصیلات سیکل به بالا، عدم مصرف داروهای اعصاب و آرام‌بخش، رضایت آگاهانه و معیارهای خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه، داشتن معلولیت جسمی، داشتن عوارض شدید دیابت (قلبی و عروقی، کلیوی، چشمی و پا) بود. بیماران انتخاب شده، درمان های دارویی تقریبا مشابهی داشتند و در طول تحقیق نیز درمان‌های دارویی خود را ادامه می‌دادند. جهت جمع‌آوری داده‌ها پس از اخذ مجوزهای لازم با انجمن دیابت شهرکرد هماهنگی جهت اجرای پژوهش انجام شد و توسط منشی انجمن بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را بر اساس ملاک‌های ورودی مطالعه که از قبل محقق به وی اعلام نمود، فراخوان نمودند و در ادامه محقق طی جلسه‌ای بیماران را با روند کار آشنا نموده و توضیحات لازم در مورد اهداف و روش پژوهش به آن ها داده شد و همچنین یادآوری شد که کلیه اطلاعات محرمانه خواهد ماند و فقط در جهت اهداف پژوهش از آن‌ها استفاده خواهد شد. سپس از افرادی که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند فرم رضایت آگاهانه کتبی اخذ شد و در گروه

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-12-16]

آزمایش و کنترل قرار گرفتند. برای گروه آزمایشی، مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه ای به صورت گروهی در انجمن دیابت شهرکرد توسط روانشناس آموزش دیده اجرا شد (محتوای جلسات در جدول شماره ۱ آمده است)، ولی گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه خود مراقبتی و سرمایه روان‌شناختی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (۳ ماهه) توسط آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل تکمیل شد.

ابزارهای پژوهش

۱- پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی:

این پرسشنامه در سال ۲۰۰۷ توسط لوتانز و همکاران طراحی شد. شامل ۲۴ سؤال و ۴ مؤلفه امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی است که در آن هر مؤلفه ۶ گویه دارد و آزمودنی به هر گویه در مقیاس ۶ درجه لیکرت (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) پاسخ می‌دهد. برای بدست آوردن نمره سرمایه روان‌شناختی در ابتدا نمره هر خرده مقیاس به‌صورت جداگانه به‌دست‌آمده و سپس مجموع آن به‌عنوان نمره کل سرمایه روان‌شناختی محسوب می‌شود.مؤلفه خودکارآمدی با سؤالات (۶-۱)، مؤلفه امیدواری با سؤالات (۱۲-۷)،مؤلفه تاب‌آوری با سؤالات (۱۸-۱۳) و مؤلفه خوش‌بینی با سؤالات (۲۴-۱۹) سنجیده می‌شوند. در پژوهش لوتانز و اولیو (۲۰۰۷)، نسبت خی دو آزمون را برابر با ۲۴/۶ و پایایی پرسشنامه را بالای ٪۹۰ گزارش کردند؛ همچنین پایایی این پرسش‌نامه در ایران توسط بهادری خسرو شاهی و همکاران(۲۵) به روش آلفای کرونباخ برابر ٪۸۵ برآورد شده است. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شد.

۲.پرسشنامه خود مراقبتی:

این مقیاس توسط توبرت و همکاران در سال ۲۰۰۰ با ۱۵ گویه برای سنجش خود مراقبتی بیماران دیابتی ساخته شده، رژیم غذایی(۵ سؤال) ورزش(۲ سؤال) آزمایش قند (۲ سؤال) تزریق انسولین یا مصرف قرص دیابت (۱سؤال) مراقبت از پا(۴ سؤال) سیگار کشیدن (۱ سؤال) در این مقیاس به‌استثنای رفتار سیگار کشیدن که نمره صفر تا یک دارد. به هر رفتار یک نمره از صفر تا هفت داده می‌شود و امتیاز کل مقیاس بین ۰تا۹۹ می‌باشد. پایایی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ در ایران توسط احمدزاده و همکاران (۲۶)، ۷۸ درصد برآورد شده است. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ محاسبه شد. داده‌های حاصل در دو سطح توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر) با نرم‌افزار SPSS20 انجام شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۳۰ نفر شرکت کردند میانگین سنی گروه آزمایشی ۴۳/۲۶ و انحراف معیار ۶/۸۰ و کمترین سن ۲۹ و بیشترین سن ۴۹ سال بود. میانگین سنی گروه کنترل ۴۲/۴۰ و انحراف معیار ۶/۷۶ و کمترین سن ۲۹ و بیشترین سن ۴۹ سال بود. گروه مداخله ۱۹ درصد آن‌ها زن و ۱۳ درصد مرد بودند و ۲ نفر زیر دیپلم و ۱۳ نفر بالای دیپلم بودند اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در جدول ۲ آمده است. برای اجرای آزمون تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، فرض همگن بودن کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون پیش‌فرض کرویت موچلی مورد بررسی قرار گرفت با توجه به نتایج این آزمون (W=۰/۵۱۸، ۲= df، p<۰/۰۱) که معنی‌دار گردید، از آزمون گرین هاوس گیرز۱ استفاده گردید که نتایج این آزمون (F=۱۰۵/۹۷، df ۱/۰۷، p<۰/۰۵) نشان داد که فرض همگنی کوواریانس‌ها برقرار است. آزمون گرین هاوس گیرز با ایجاد اصلاحی در درجات آزادی درون‌گروهی امکان افزایش خطای نوع اول را مهار می‌کند.

1. Green House Geisser

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-12-16]

جدول شماره ۱: محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

فاز	جلسات	عنوان جلسات	محتوا
فاز اول	۱ تا ۳	آموزش اطلاعات	ارتباط درمانی بیماران با درمانگر و دیگر بیماران انجام و اطلاعات وسیعی در مورد دیابت مانند رعایت رژیم غذایی، ورزش، مراقبت از چشم و پا و عوارض آن، تأثیر عوامل روان‌شناختی بر کنترل و عود بیماری و مفاهیم درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد ارائه می‌شود
فاز دوم	۳ تا ۶	شناسایی ارزش‌ها	انتخاب و کار کردن روی اجتناب‌های تجربی بیماران دیابتی است؛ هدف این فاز شناسایی ارزش‌ها، انتخاب و محتوای اجتناب بیماران، بررسی موانع انگیزشی و روان‌شناختی درمان است.
فاز سوم	۷ و ۸	پذیرش و عمل متعهدانه	عناصر پذیرش و آموزش و درمان را کامل می‌کند. هدف این فاز حرکت بیمار به سمت ارزش‌ها و شناسایی عواملی که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند.

جدول شماره ۲: اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان

نام متغیر	گروه	جنس	فراوانی	درصد
جنس	مداخله	مرد	۶	۱۳/۳۳
		زن	۹	۱۹/۹۹
	کنترل	مرد	۷	۱۵/۵۵
		زن	۸	۱۷/۷۷
تحصیلات	زیر دیپلم	مداخله	۲	۴/۴۴
	دیپلم		۷	۱۵/۵۵
	فوق‌دیپلم و کارشناسی		۶	۱۳/۳۳
	زیر دیپلم	کنترل	۲	۴/۴۴
	دیپلم		۴	۸/۸۸
	فوق‌دیپلم و کارشناسی		۹	۱۹/۹

جدول شماره۳: آزمون کرویت موچلی (یکنواختی کواریانس ها)

	اندازه‌گیری	موچلی (W)	Df	سطح معنی‌داری	اپسیلون		
					گرین هاوس	هاینی-فلدت	لور-بوند
فاکتور ۱	تاب‌آوری	۰/۵۱۸	۲	۰/۰۰۰	۰/۶۷۵	۰/۷۲۲	۰/۵۰۰
	خوش‌بینی	۰/۵۰۱	۲	۰/۰۰۰	۰/۶۶۷	۰/۷۱۳	۰/۵۰۰
	امیدواری	۰/۵۶۸	۲	۰/۰۰۰	۰/۶۹۸	۰/۷۵۰	۰/۵۰۰
	خودکارآمدی	۰/۵۵۶	۲	۰/۰۰۰	۰/۶۹۳	۰/۷۴۳	۰/۵۰۰
فاکتور ۲	خود مراقبتی	۰/۰۳۴	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۰۹	۰/۵۲۹	۰/۵۰۰

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-12-16]

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تحلیل چند متغیره برای اثر عضویت گروهی معنی دار است (p<۰/۰۵). به‌عبارت‌دیگر، مراحل پژوهش شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌صورت کلی با یکدیگر تفاوت دارند، همچنین تعامل زمان و گروه معنی‌دار می‌باشد. (p<۰/۰۱). بر اساس مندرجات جدول ۵ در متغیرهای سرمایه روان‌شناختی و زیرمقیاس های آن شامل تاب آوری ،خوش بینی ،امیدواری ،خودکارآمدی و همچنین در متغیر خودمراقبتی، بین آزمودنی‌ها تفاوت معنی‌داری در سه مرحله وجود دارد (p<۰/۰۱)، لذا فرضیه تحقیق مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در متغیر سرمایه روان‌شناختی و زیرمقیاس های آن و خودمراقبتی تایید می‌گردد. برای مقایسه دو به دو گروه ها، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۶ آمده است.

جدول شماره۴ : نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در مورد اثرهای درون آزمودنی‌ها

اثر	آزمون	ارزش	f	Df فرضیه	Dfخطا	سطح معنی‌داری	ضریب اتا
اثر زمان	اثر پیلایی	۰/۹۸۲	۱۳/۰۲	۸	۱۰۸	۰/۰۰۰	۰/۴۹۱
	لامبدای ویلکز	۰/۱۱۷	۲۵/۴۶	۸	۱۰۶	۰/۰۰۰	۰/۶۵۸
	هتلینگ	۶/۶۸۷	۴۳/۴۶	۸	۱۰۴	۰/۰۰۰	۰/۷۷۰
	ریشه روی	۶/۵۵۸	۸۸/۵۳	۸	۵۴	۰/۰۰۰	۰/۸۶۸
تعامل گروه و زمان	اثر پیلایی	۰/۹۲۵	۱۱/۶۲۲	۸	۱۰۸	۰/۰۰۰	۰/۴۶۳
	لامبدای ویلکز	۰/۰۸۹	۳۱/۱۳۶	۸	۱۰۶	۰/۰۰۰	۰/۷۰۱
	هتلینگ	۱۰/۰۶۱	۶۵/۳۹۵	۸	۱۰۴	۰/۰۰۰	۰/۸۳۴
	ریشه روی	۱۰/۰۴۵	۱۳۵/۶۰۳	۴	۵۴	۰/۰۰۰	۰/۹۰۹

جدول شماره۵ : نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در مورد اثرهای بین آزمودنی‌ها

	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	f	سطح معنی داری	ضریب اتا
تاب آوری	۷۸۶/۱۷	۱	۷۸۶/۱۷	۴۴/۲۱	۰/۰۰۰	۰/۶۱۲
خوش بینی	۶۴۰/۰۰	۱	۶۴۰/۰۰	۲۰/۴۶	۰/۰۰۰	۰/۴۲۲
امیدواری	۶۲۹/۳۷	۱	۶۲۹/۳۷	۳۵/۵۹	۰/۰۰۰	۰/۵۶۰
خودکارآمدی	۵۲۳/۲۱	۱	۵۲۳/۲۱	۳۱/۵۴	۰/۰۰۰	۰/۵۳۰
سرمایه روانشناختی	۱۰۸۷۴/۸۵	۲	۵۴۳۷/۴۳	۳۶/۴۷	۰/۰۰۰	۰/۶۳۵
خود مراقبتی	۷۴۵۶/۹۳	۲	۳۷۲۸/۴۶	۷/۱۱	۰/۰۰۲	۰/۲۵۳

جدول شماره ۶: آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه گروه‌های پژوهش در متغیر سرمایه روانشناختی و خودمراقبتی

متغیرها	گروه مقایسه	میانگین تفاوت ها	خطای استاندارد	معناداری
سرمایه روانشناختی	ACT	۱۵/۲۰	۲/۵۷	۰/۰۰۰
	کنترل	۶/۱۵	۲/۵۷	۰/۰۶۴
خودمراقبتی	ACT	۹/۴۶	۴/۸۲	۰/۱۷۰
	کنترل	۸/۷۳	۴/۸۲	۰/۲۳۳

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-12-16]

بر اساس نتایج جدول فوق، تاثیر درمان (متغیر مستقل) بر متغیرهای وابسته (سرمایه روان‌شناختی و خود مراقبتی) معنی‌دار می‌باشد، لذا از آزمون تعقیبی برونفرونی برای مقایسه دوبه‌دو گروه‌ها استفاده شد که در متغیر سرمایه روان‌شناختی گروه کنترل با گروه مداخله پذیرش و تعهد در سطح معنی‌داری ۰/۰۱ تفاوت معنی دار دیده می‌شود لذا رویکرد پذیرش و تعهد بر سرمایه روان‌شناختی تأثیرگذار می‌باشد (p<۰/۰۵). همچنین در متغیر خود مراقبتی گروه کنترل با گروه مداخله پذیرش و تعهد در سطح معنی‌داری ۰/۰۱ تفاوت معنی دار دارد، بنابراین رویکرد پذیرش و تعهد بر سرمایه روان‌شناختی تأثیرگذار می‌باشد (p<۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود مراقبتی و سرمایه روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو هدف این پژوهش بود که نتایج کلی نشان‌دهنده تأثیر مثبت معنی‌دار درمان پذیرش و تعهد بر خود مراقبتی و سرمایه روان‌شناختی است به بیان ساده‌تر می‌توان گفت که مداخله پذیرش و تعهد توان خود مراقبتی و سرمایه روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را افزایش داد.

نتایج این پژوهش با نتایج برخی از پژوهش‌های قبلی مانند فورمن و همکاران (۲۲)، جانو و همکاران(۲۳) و جبل عاملی و قائدرحمتی (۲۴) مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود مشکلات روانشناختی و بالا بردن توان خود مراقبتی بیماران مبتلا به دیابت همخوان می‌باشد. از دلایل همسویی نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های مذکور می‌توان به نمونه مشابه (بیماران مبتلا به دیابت)، استفاده از پروتکل درمانی مشابه با تعداد جلسات و زمان مشابه (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای)، انتخاب نمونه دارای بیماری مزمن جسمی (دیابت) و روش نمونه گیری مشابه (نمونه گیری در دسترس یا هدفمند) اشاره کرد. علاوه بر این تشابه در برخی از خصوصیات دموگرافیک نمونه در این تحقیقات مانند رده سنی مشابه (۵۰-۲۰ سال) احتمالاً بر همخوانی نتایج تأثیرگذار بوده است.

با توجه به یافته‌های این پژوهش، در تبیین تأثیر معنی‌دار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود مراقبتی بیماران دیابت می‌توان گفت که در جریان درمان پذیرش و تعهد، به افراد آموزش داده شد که احساساتشان را بدون اجتناب بپذیرند و از محتوای آزاردهنده افکارشان با تمرکز آگاهانه‌تر بر فرایند تفکرشان، رهایی یابند و آن را به عمل مبتنی بر هدف مرتبط سازند. افزایش پذیرش در مبتلایان به دیابت سبب می‌شود تا اهمیت بیشتری برای خود و سلامتی خود قائل شوند و رفتارهای خود مراقبتی را بهتر و بیشتر انجام دهند یعنی می‌کوشند تا داروهای تجویز شده و انسولین را به موقع مصرف کنند، از رژیم غذایی توصیه شده، بهتر پیروی کنند، فعالیت بدنی بیشتری انجام دهند و قندخون خود را پایش کنند که مجموع این فعالیت‌ها سبب بهبود سوخت‌وساز و کنترل دیابت می‌شود (۲۷).

علاوه بر این پژوهش حاضر نشان داد که اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فعالیت خود مراقبتی، سه ماه پس از مداخله پایدار ماند. این یافته همسو با پژوهش گریگ و همکاران (۲۸) بوده که در پیگیری سه ماهه نشان داد اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر بهبود هموگلوبین و فعالیت خود مراقبتی بیماران مبتلا به دیابت پایدار ماند. در مورد پایداری اثر این درمان در پیگیری سه ماهه، می توان گفت که شفاف‌سازی ارزش‌ها، درونی شدن عمل متعهدانه که طی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد صورت می‌گیرد به اعضای گروه، انگیزه کافی برای ادامه و پایبندی به درمان داده است، علاوه بر این یکی از فرایندهای مهم در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تماس با زمان حال است که با آموزش آن به بیماران و کسب مهارت‌های ذهن آگاهی، خود به‌عنوان زمینه در طول درمان شکل می‌گیرد و سبب شده است که آگاهی مراجع از خودش و نیازهای فعلی افزایش یابد و این آگاهی به تداوم رفتارهای خود مراقبتی در بیماران کمک کرده است.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-12-16]

یکی دیگر از نتایج اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرمایه روان‌شناختی و زیرمقیاس های آن (خودکارآمدی، خوش‌بینی، امیدواری، تاب‌آوری) بود که در ادامه به بررسی هر یک پرداخته می شود. این نتیجه با نتایج برخی از تحقیقات پیشین مبنی بر تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر بالا بردن سرمایه روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت همخوان هست. برای مثال در پژوهش نصیری و همکاران (۲۹) اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افزایش خودکارآمدی بیماران دیابت نوع دو تایید گردیده است. در تبیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی در بیماران دیابت می‌توان گفت که در درمان پذیرش و تعهد با به‌کارگیری تمرینات گسلش شناختی، افزایش ذهن آگاهی و پذیرش باعث می‌شود فرد از محتوای افکار ناکارآمد مربوط به عدم خودکارآمدی جدا شود و بهبود خودکارآمدی باعث انعطاف بهتر فرد با بیماری و همچنین افزایش رفتارهای خودمراقبتی می‌شود (۳۰).

دومین مؤلفه سرمایه روان‌شناختی، خوش‌بینی بود که نتایج این پژوهش حاکی از اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر خوش‌بینی بیماران دیابت نوع دو بود، این یافته همسو با پژوهش آذولیدی و پاک و همکاران (۱۵) می‌باشد که طی آن اثربخشی ذهن آگاهی (یکی از فرایندهای ACT) بر افزایش خوش‌بینی زنان مبتلا به دیابت تایید گردید. در توجیه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر خوش بینی بیماران می‌توان گفت که در افراد دیابتی بنا به ماهیت بیماری، امید به زندگی و خوش‌بینی کاهش می‌یابد و با افزایش عوارض قلبی و عروقی و کلیوی و عوامل روان‌شناختی مثل افسردگی و اضطراب افراد دیابتی خوش‌بینی خود را از دست می‌دهند. در درمان پذیرش و تعهد، احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی آموزش داده شد که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی به همان صورتی که اتفاق می‌افتند کمک می‌کند. بنابراین آموزش آن به بیماران مبتلا به دیابت باعث شده است که آنان نشانه‌های جسمی و روانی بیماری خود را بپذیرند و قبول و پذیرش این نشانه‌ها، همراه با افزایش انعطاف پذیری، سبب کاهش توجه و حساسیت بیش از حد به مشکلات ناشی از بیماری شده است(۳۱).

سومین مؤلفه سرمایه روان‌شناختی، امیدواری بود که نتایج این پژوهش نشان داد که درمان پذیرش و تعهد امیدواری بیماران دیابت نوع دو را افزایش داد این یافته همسو با پژوهش باغبان و همکاران (۲۲) می‌باشد که طی آن اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سرمایه روان‌شناختی و ادراک بیماری افراد مبتلا به دیابت نوع دو بررسی و نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد باعث افزایش نمرات کلیه خرده مقیاس‌های سرمایه روان‌شناختی (خودکارآمدی، خوش‌بینی، امیدواری و تاب‌آوری) در بیماران دیابت نوع دو شده است. با توجه به یافته‌های این پژوهش و تحقیقات قبلی می‌توان گفت که امید به‌عنوان یکی از منابع مقابله انسان در سازگاری با مشکلات و حتی بیماری‌های صعب‌العلاج در نظر گرفته می‌شود و همچنین امید می‌تواند به‌عنوان یک عامل شفا ده چندبعدی، پویا و قدرتمند نقش مهمی در سازگاری داشته باشد. به نظر می‌رسد اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث می‌شود بیماران افکار و احساسات خود را بپذیرند و نسبت به تغییرات به وجود آمده متعهد باشند (۳۲). به افراد آموزش داده شد تا بر افزایش آگاهی روانی خود تمرکز کنند، نقاط مثبت خود را دوباره مورد سنجش قرار دهند و تلاش کنند تا قضاوت درستی در مورد مشکلات خود داشته باشند. رویکرد پذیرش و تعهد به جای آنکه روی برطرف سازی و حذف عوالم آسیب‌زا تمرکز نماید به مراجعان کمک می‌کند تا هیجانات و شناخت‌های کنترل شده خود را بپذیرند و به آنها اجازه می‌دهد که از کشمکش و منازعه با آنها دست بردارند.

آخرین مؤلفه سرمایه روان‌شناختی، تاب‌آوری است که نتایج این پژوهش حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود. نعمت

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-12-16]

اللهی و همکاران (۳۳) همسو با این یافته اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری زنان دیابتی نوع دو را نشان داده اند. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که در روانشناسی مثبت فرض بر آن است که توانایی‌هایی مانند خوش‌بینی، ایمان، امید و پشتکار در انسان وجود دارد که به‌عنوان سپر علیه بیماری‌ها عمل می‌کند. با توجه به طولانی بودن درمان بیماری‌های مزمن از جمله دیابت افراد دچار درماندگی می‌شوند و این مسأله در فرایند درمان و زندگی بیماران تأثیر منفی داشته و موجب عدم پذیرش بیماری و در نتیجه احساس عدم رضایت در زندگی می‌شود. بااین‌حال توجه درمان پذیرش و تعهد بر رشد و شکوفایی انسان‌ها با تأکید بر ویژگی‌های مثبت چون امید، خودکار آمدی، تاب‌آوری و خوش‌بینی است که مجموع آن‌ها سرمایه روان‌شناختی را تشکیل می‌دهد و از بین مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی تاب‌آوری مهم‌ترین عامل در انطباق بیماری است که با آموزش‌های روان‌شناختی می‌توان آن‌ها را ارتقا داد (۳۴). در این درمان، آموزش راهبردهای کنترل عاطفی، انجام تمرین‌های تعهد رفتاری، شفاف سازی ارزش‌ها، تکنیک‌های شناسایی رفتارهای مبتنی بر ارزش‌ها به همراه بیان استعاره‌ها، گسلش و پذیرش همگی در افزایش تاب آوری موثر بوده اند.

نتیجه گیری

به طور کلی می‌توان گفت که درمان دیابت به مداخله شخصی و سعی و تلاش خود فرد بستگی دارد و بر این اساس خودمراقبتی یکی از پایه‌های اساسی در درمان دیابت است که عوامل روان‌شناختی مثل سرمایه روان‌شناختی خصوصاً مؤلفه امیدواری آن، در بالا بردن آن نقش اساسی دارد بدین صورت که هدف خود مراقبتی در فرد مبتلا به دیابت این است که بیمار قادر باشد با آگاهی و امیدواری فراوان در درمان و مراقبت از بیماری‌اش کوشا باشد و تلاش و پشتکار آن در کنترل بیماری تداوم داشته باشد (۳۵). به‌طورکلی در بیماری‌های مزمن پزشکی از قبیل دیابت، پذیرش (کنار آمدن با) بیماری یک موضوع اساسی است. پذیرش بیماری به معنای احساس ضعف در مقابل بیماری و انکار آن نیست، بلکه ریشه در اعتماد به نفس جهت پذیرش و کنار آمدن با مسائل خارج از کنترل فرد دارد و به فرد جهت تحمل بهتر بیماری کمک می‌کند، عدم پذیرش بیماری ممکن است موجب عدم تطابق با بیماری شده و فرایند درمان را با تأخیر مواجه کند، درمجموع افرادی که پذیرش بیشتری نسبت به بیماری داشته باشند قادر به کنترل بهتر و مؤثرتر خود هستند و با توجه به نتایج به دست آمده در این پژوهش می توان گفت که در این میان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کنار آمدن با بیماری می‌تواند به بیماران دیابت کمک کند (۳۶).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، کم بودن حجم نمونه آماری بود که در خصوص تعمیم نتایج آن به جامعه باید جانب احتیاط را رعایت کرد. همچنین استفاده از روش نمونه گیری هدفمند یکی دیگر از محدویت ها بود. لذا پیشنهاد می‌شود که در پژوهش های بعدی از تعداد نمونه بیشتر و از روش نمونه گیری تصادفی استفاده شود. همچنین پیشنهاد می شود که روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با سایر روش‌های درمانی مقایسه و استفاده از سایر متغیرهای روان‌شناختی نیز مدنظر قرار گیرد. با توجه به نتایج این تحقیق استفاده از درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در کنار درمان‌های طبی برای کاهش مشکلات مرتبط با دیابت در انجمن‌ها و مراکز تحقیقاتی و درمانی دیابت، جهت بالا بردن توان خود مراقبتی و سرمایه روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

سپاس و قدردانی از انجمن دیابت استان چهارمحال و بختیاری (شهرکرد) بابت همکاری با پژوهشگران و واگذاری مکان جهت اجرای مداخلات آموزشی؛ و از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مشارکت‌کننده در پژوهش به خاطر حسن اعتماد و همکاری با پژوهشگران تشکر و قدردانی نموده و سپاس از همکاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-12-16]

تأییدیه اخلاقی

در مطالعه حاضر تأییدیه اخلاقی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد با کد (IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1398.104) دریافت شد.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض وجود ندارد.

منابع مالی

این مقاله برگرفته از رساله مقطع دکتری در رشته روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد بوده و کلیه هزینه‌های آن توسط پژوهشگران تأمین‌شده و از هیچ مؤسسه‌ای دریافت نشده است.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-12-16]

References

1. Heydarpour M. Lively life and healthy with diabetes. Qom: Nasayeh; 2018. P. 15.

2. Nickoogoftar M, Ghasemi R. Effectiveness of mindfulness training on self-care in women with type II diabetes. Journal of Research in Behavioral Sciences. 2017; 14(4): 428-33.

3. Rahimian Boogar I. Clinical health psychology: manual of prevention, formulation and treatment for health psychologists, clinical psychologists and physicians. Tehran: Danjeh; 2009. P. 405-503.

4. Alizadeh A, Poursharifi H. Effectiveness of mindfulness based cognitive group therapy in cognitive emotional regulation for patients with type 2 diabetes. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2016; 3(2): 44-55.

5. Fathi Ahmadsaraei N, NeshatDoost HT, Manshaee G, Nadi M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on quality of life among patients with type 2 diabetes. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. 2016; 4(1): 31-9.

6. Hasanshiri F, Moosavi S, Atashzadeh-Shoorideh F. Self-care programs in diabetic patients: quality of methodological report in randomized controlled trials published in Iranian Journals between 2010-2016. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2017; 18(6): 467-76.

7. Janati A, Mohseni M. Self-care ability of diabetic patients referring to Tabriz University of Medical Sciences clinics. Depiction of Health. 2019; 10(1): 13-22.

8. Johnson PJ, Ghildayal N, Rockwood T, Everson-Rose SA. Differences in diabetes self-care activities by race/ethnicity and insulin use. The Diabetes Educator. 2014; 40(6): 767-77.

9. Povey RC, Clark-Carter D. Diabetes and healthy eating. The Diabetes Educator. 2007; 33(6): 931-59.

10. Brannon L, Feist J, Updegraff JA. Health psychology: an introduction to behavior and health. Trans: Firoozbakht M. Tehran: Arasbaran; 2017. P. 441.

11. Avey JB, Reichard RJ, Luthans F, Mhatre KH. Meta-analysis of the impact of positive psychological capital on employee attitudes, behaviors, and performance. Human Resource Development Quarterly. 2011; 22(2): 127-52.

12. Rahnema S, Baghersad Z, Shirzi M, Chitsaz A, Etemdifar M. Association between family cargivers' quality of life and psychical capital of the patients whit multiply. Journal of Isfahan Medical School. 2016, 34(1): 335-40.

13. Aerab Sheibani K, Akhondi N, Javedani Masru M, Riahi Madvar M. Promotion of psychological capital model in diabetic patients: an explanation of the role of quality of life. Quarterly Journal of Health Psychology. 2017; 5(18): 35-51.

14. Gåfvels C, Wändell PE. Coping strategies in men and women with type 2 diabetes in Swedish primary care. Diabetes Research and Clinical Practice. 2006; 71(3): 280-9.

15. Pak AV, Khaledi S, Manesh KM. Efficacy of mindfulness training on enhancing optimism in women with pregnancy diabetes. Health Psychology. 2015; 14(14): 62-78.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-12-16]

16. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Vilardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behavior Therapy. 2013; 44(2): 180-98.

17. Hayes SC, Masuda A, Bissett R, Luoma J, Guerrero LF. DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? Behavior Therapy. 2004; 35(1): 35-54.

18. Jabalameli S, Ghasemi L. Effect of acceptance and commitment therapy on sexual desire in women with breast cancer after mastectomy. Iranian Quarterly Journal of Breast Disease. 2019; 12(4): 39-51.

19. Norris SL, Engelgau MM, Narayan KV. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. Diabetes Care. 2001; 24(3): 561-87.

20. Shayeghian Z, Amiri P, Aguilar-Vafaie ME, Besharat MA. Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on improvement of glaycated hemoglobin and self-care activities in patients with type II diabetes. Contemporary Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association. 2016; 10(2): 41-50.

21. Maxwell M, Harris F, Hibberd C, Donaghy E, Pratt R, Williams C, et al. A qualitative study of primary care professionals' views of case finding for depression in patients with diabetes or coronary heart disease in the UK. BMC Family Practice. 2013; 14(1): 1-8.

22. Forman EM, Herbert JD, Moitra E, Yeomans PD, Geller PA. A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. Behavior Modification. 2007; 31(6): 772-99.

23. Jannoo Z, Wah YB, Lazim AM, Hassali MA. Examining diabetes distress, medication adherence, diabetes self-care activities, diabetes-specific quality of life and health-related quality of life among type 2 diabetes mellitus patients. Journal of Clinical & Translational Endocrinology. 2017; 9: 48-54.

24. Ghaedrahmati A, Jabalameli S. Effect of acceptance and commitment therapy on the quality of life and physical indices of patients with diabetes. Journal of Diabetes Nursing. 2019; 7(4): 915-28.

25. Khosroshahi JB, Nosratabadi TH, Bayrami M. The relationship between psychological capital and personality traits with job satisfaction among librarians' in public libraries in Tabriz. Pajoohandeh Journal. 2013; 17(6): 313-9.

26. Hamadzadeh S, Ezatti ZH, Abedsaeidi ZH, Nasiri N. Coping styles and self-care behaviors among diabetic patients. Iran Journal of Nursing. 2013; 25(80): 24-33.

27. Ryan AK, Pakenham KI, Burton NW. A pilot evaluation of a group acceptance and commitment therapy-informed resilience training program for people with diabetes. Australian Psychologist. 2020; 55(3): 196-207.

28. Gregg JA, Callaghan GM, Hayes SC, Glenn-Lawson JL. Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-12-16]

randomized controlled trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2007; 75(2): 336.

29. Nasiri F, Omidi A, Mozaffari M, Mousavi SG, Joekar S. Effectiveness of group acceptance and commitment therapy (ACT) on self-care and HbA1C in type II diabetic patients. Journal of Feyz. 2020; 24(2): 209-18.

30. Schmitt A, Reimer A, Kulzer B, Haak T, Gahr A, Hermanns N. Assessment of diabetes acceptance can help identify patients with ineffective diabetes self-care and poor diabetes control. Diabetic Medicine. 2014; 31(11): 1446-51.

31. Due-Christensen M, Zoffmann V, Hommel E, Lau M. Can sharing experiences in groups reduce the burden of living with diabetes, regardless of glycaemic control? Diabetic Medicine. 2012; 29(2): 251-6.

32. Harper M. Evidence-based effective practices with older adults. Journal of Counseling & Development. 2004; 82(2): 36-42.

33. Nematollahi M. Effectiveness of group acceptance and commitment therapy on psychological well-being and resilience type 2 diabetic women. First National Conference on Sustainable Development on Psychological Iranian, Tehran, Iran; 2019.

34. AnaamiAlamdari H, Moslempour M, Hashemi T. The role of personality factors in predicting psychological capital. Iranian Psychological Association Congress, Tehran, Iran; 2012.

35. Barghi Irani Z, Rajabi M, Nazami M, Bagiyan Koulemarz MJ. The role of lifestyle, psychological capital and self-care behaviors in predicting subjective well-being of diabetic elderly peoples. Quarterly Journal of Health Psychology. 2017; 6(23): 17-38.

36. Nosrati R, Momeni KH, Mazdeh M, Karami J. The relationship between psychological capital and acceptance of the disease with life satisfaction in patients with multiple sclerosis. Journal of Health and Care. 2018; 20(2): 114-22.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-12-16]