MEJDS. 2019; 9:54.
Published online 2019 Sep. **Research Article**

Acceptance and Commitment Group Therapy on Self-care and life Satisfaction Behaviors in Patients with Type 2 Diabetes

Hassannezhad M[1], *Nejat H[2], Toozandejani H[3]

Author Address
1. Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran;
2. Department of Psychology, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran;
3. Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.
***Corresponding Author's Email:** hnejat54@yahoo.com

Received: 2018 July 31; **Accepted:** 2018 August 22

Abstract

Background & Objective: Diabetes mellitus is a metabolic disorder and a multifactorial disorder characterized by hyperglycemia, due to disfunction in insulin secretion or activity, and it cuses to an extinct disease. Diabetes as a chronic disease affects all levels of individual and social life of a patient, including life satisfaction. In this regard, according to existing studies, the most important cause of mortality in diabetic patients is the lack of self–care. Self–care in diabetes patients is the correct and timely delivery of insulin, dieting, regular exercise activities, identifying signs of increased blood glucose, taking regular medications, taking care of the legs, and improving the quality of life. Therefore, diabetes in addition affect physiological, psychological, and satisfaction of life in these patients. Considering the increasing prevalence of diabetes, which suggests that self–care activities in diabetic patients are not performed, and the effects of diabetes on life satisfaction in these patients. Finding the most effective treatments in diabetes mellitus seems necessary, since admission and commitment treatment is affected by local culture, it is necessary to test in different social and cultural contexts in order to increase its effectiveness. Therefore, this study aimed to investigate the effectiveness of group therapy based on admission and commitment on self–care behaviors and life satisfaction in patients with type 2 diabetes.

Methods: This study designed as a semi–experimental pre–test, post–test with control group. The statistical population was all patients with type 2 diabetes who referred to Neyshabour (Khorasan Razavi province, Northeaset of Iran) diabetes clinic in 2017. Among them 30 were selected by convenience sampling and randomly assigned to two groups of experimental (n=15) and control (n=15). The research tools included a short–term self–care scale of diabetes mellitus, Tubert et al. (2000), Diner et al. (1985), and eight sessions of 90–minute group therapy based on acceptance and commitment from Grik et al. (2007). For data analysis, SPSS software version 22 and single–variable covariance analysis was used.

Results: The mean and standard deviation of the self–care group in the experimental group before intervention was 23.93±5.970 and after intervention was 27.07±5.45. Mean and standard deviation of life satisfaction scores in the experimental group before intervention was 13.13±3.91 and 17.27±3.78 after intervention. Therefore, there was a significant difference in the mean scores of self–care behaviors and life satisfaction among the experimental group in comparison to the score before and after the intervention ($p<0.05$), but these changes were not significant in the control group.

Conclusion: Using an admission and commitment group, as an effective educational intervention, improves self–care behaviors and life satisfaction in patients with type 2 diabetes. Studies showed the importance of treatment interventions to increase self–care and life satisfaction in type 2 diabetic patients. Given the growing trend of diabetes and high rates of sufferers, it is worthwhile for patients to take the necessary training from educational programs and pay more attention to the role of counseling and education. In addition, according to results of this study, acceptance and commitment therapy showed improving in self–care and life satisfaction in patients with type 2 diabetes; attention to acceptance and commitment group therapy, as an approach It is essential to support patients with type 2 diabetes.

Keywords: Admission and commitment based on self–care behaviors and life satisfaction, type 2 diabetes patients.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.70.2]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۸؛ (۹):۵۴.

انتشار برخط شهریورماه ۱۳۹۸ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر رفتارهای خودمراقبتی و رضایت از زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

محمد حسن‌نژاد[۱]، *حمید نجات[۲]، حسن توزنده‌جانی[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران؛
۲. گروه روان‌شناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران؛
۳. گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.
*رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول: hnejat54@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹مرداد۱۳۹۷ ؛ **تاریخ پذیرش:** ۳۱مرداد۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: بیماری دیابت علاوه‌بر مشکل‌های فیزیولوژیک، روان‌شناختی و رضایت از زندگی این بیماران را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و نیازمندی بیشتری برای رفتارهای خودمراقبتی می‌طلبد؛ بنابراین مطالعهٔ حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر رفتارهای خودمراقبتی و رضایت از زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام پذیرفت.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون‌پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری را تمامی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت شهر نیشابور در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند که ۳۰ نفر به‌صورت نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شده و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر آزمایش، ۱۵ نفر کنترل) قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل مقیاس کوتاه خودمراقبتی دیابت توبرت و همکاران (۲۰۰۰) و مقیاس رضایت از زندگی دینر و همکاران (۱۹۸۵) و هشت جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد گریک و همکاران (۲۰۰۷) بود. جهت تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ و آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تفاوت معناداری در میانگین نمرات رفتارهای خودمراقبتی و رضایت از زندگی در افراد گروه آزمایش قبل و بعد از انجام مداخله وجود دارد ($p<۰/۰۵$)؛ اما این تغییرات در گروه کنترل معنادار نبود.

نتیجه‌گیری: استفاده از گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، به‌عنوان مداخلهٔ آموزشی اثربخش، رفتارهای خودمراقبتی و رضایت از زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را ارتقا می‌بخشد.

کلیدواژه‌ها: گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، خودمراقبتی، رضایت از زندگی، دیابت نوع دو.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.70.2]

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵ ، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

۱ مقدمه

با تغییرات سریع شیوهٔ زندگی، به‌ویژه در جنبه‌های تغذیه‌ای و کمبود فعالیت جسمی، الگوی بیماری‌ها به‌سمت بیماری‌های غیرواگیر مانند دیابت، پوکی استخوان، بیماری‌های قلبی‌عروقی، چاقی و بسیاری از بیماری‌های بدخیم سوق یافته است. در این میان دیابت به‌عنوان بیماری مزمن شایع‌تر در سراسر جهان مطرح می‌شود (۱). دیابت از گروه بیماری‌های متابولیک و اختلالی چندعاملی است که با افزایش قند خون یا هیپرگلیسمی مشخص شده و از اختلال ترشح یا عمل انسولین یا هر دو آن‌ها ناشی می‌شود. همچنین به بیماری کشندهٔ خاموش معروف است (۲). تقریباً ۹۰درصد بزرگسالان دیابتی، مبتلا به نوع دو آن هستند (۳). شیوع این بیماری در جهان حدود ۴/۶درصد بوده که بین ۲/۱۰ تا۸/۳درصد به منطقهٔ جغرافیایی متغیّر بستگی دارد. تعداد افراد مبتلا به دیابت تشخیص داده نشده است؛ اما انتظار می‌رود تا سال ۲۰۳۰ به ۳۶۶میلیون نفر برسد (۴). در حال حاضر در ایران بیش از سه‌میلیون نفر مبتلا به دیابت وجود دارد که براساس برآورد سازمان بهداشت جهانی چنانچه اقدام‌های مؤثری صورت نگیرد، این تعداد تا سال ۲۰۳۰ به نزدیک ۷میلیون نفر خواهد رسید (۵).

با گذر زمان اثرات درازمدت دیابت بر دستگاه قلب و عروق، کلیه‌ها، شبکیهٔ چشم و دستگاه عصبی‌محیطی، با افزایش چشمگیری در شیوع و فوت همراه خواهد بود (۶). در همین راستا طبق بررسی‌های موجود، از عوامل مهم‌تر زمینه‌ساز در مرگ‌ومیر بیماران دیابتی، می‌توان به انجام‌ندادن خودمراقبتی اشاره کرد (۷). منظور از خودمراقبتی در بیماران دیابت، تزریق صحیح و به‌موقع انسولین، رعایت رژیم غذایی، فعالیت‌های ورزشی مرتب، شناسایی علائم افزایش قند خون، مصرف منظم داروها، مراقبت از پاها و بیشترشدن کیفیت زندگی است (۸). انتظار می‌رود افراد دارای رفتارهای خودمراقبتی، به‌آسانی بتوانند با بیماری خودکنار آمده و زندگی راحتی داشته باشند و از پیشرفت بیماری و عوارض خطرناک آن جلوگیری کنند (۹). به‌طورکلی رعایت فعالیت‌های خودمراقبتی علاوه‌بر بهبود کیفیت زندگی فرد و خانوادهٔ افراد مبتلا به بیماری مزمن، نقش بسیار مهمی در کاهش هزینه‌های درمانی دارد (۱۰)؛ اما براساس نتایج پژوهش‌ها، بیش از ۵۰درصد بیماران مبتلا به دیابت، این رفتارها را انجام نمی‌دهند (۱۱)؛ لذا ارتقای فعالیت‌های خودمراقبتی اهمیت داشته و شامل ابعاد مختلف فیزیولوژیک، اجتماعی، عاطفی و معنوی می‌شود (۱۲).

دیابت بیماری مزمنی است که تمام سطوح زندگی فردی و اجتماعی بیمار را ازجمله رضایت از زندگی تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۱۳). رضایت از زندگی منعکس‌کنندهٔ توازن بین آرزوهای فرد و وضعیت فعلی او بوده و مؤلفهٔ شناختی رفاه ذهنی در نظر گرفته می‌شود (۱۴). افراد هنگامی سطوح زیاد این رضایت را تجربه می‌کنند که وضعیت زندگی آن‌ها با ملاک‌هایی که برای خود تعیین کرده، مطابقت داشته باشد. این نوع رضایت را می‌توان ارزیابی جامع‌تر افراد از موقعیت زندگی خویش بیان کرد (۱۵). مطالعات نشان می‌دهد که افراد مبتلا به دیابت درمقایسه با اشخاص بدون دیابت، به‌طور معنادار سلامت خودارزیابی ضعیف‌تری دارند و در مبتلایان به دیابت رضایت از زندگی درمقایسه با افراد بدون دیابت کمتر است (۱۶).

ازطرفی روش‌های مداخله‌ای که بیماران را قادر سازد تا با تصمیم‌های آگاهانه دربارهٔ اهداف، روش‌های درمان، رفتارهای مراقبت از خویش و مدیریت روزانهٔ دیابت خود، احساس مسئولیت کنند، در کمک به دیابتی‌ها مؤثر است. همچنین درحال‌حاضر الگوی مدل پزشکی به‌تنهایی پاسخ‌گوی بسیاری از نیازها و سختی‌های دیابت نیست؛ چراکه عوامل زیادی مانند مشکل‌های روان‌شناختی و هیجانی مانع انجام و تداوم مراقبت‌های پزشکی می‌شود؛ ازاین‌رو برای معالجهٔ دیابت علاوه‌بر درمان‌های پزشکی، درمان‌های شناختی موج سوم مثل روش پذیرش و تعهد رواج پیدا کرده است (۱۷).

هدف درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد ایجاد تغییر مستقیم در مراجع نیست؛ بلکه منظور آن کمک به وی بوده تا بتواند به‌روش متفاوتی با تجارب خویش رابطه برقرار کند و به‌طور کامل با زندگی معنادار و مبتنی‌بر ارزش درگیر شود (۱۸)؛ به‌عبارت‌دیگر، هدف این درمان، کاهش اجتناب تجربی همراه با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. فرد دارای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، از رویدادهای ناخواسته اجتناب نمی‌ورزد و سعی در تغییر و کنترل آن‌ها ندارد؛ بنابراین انرژی خود را به‌جای مقابله با اجتناب از رویدادهای ناخواسته، صرف ارزش‌ها و رضایت و کیفیت زندگی می‌کند (۱۹).

مطالعهٔ حر، آقایی و همکاران (۲۰) نشان داد که می‌توان از درمان تلفیقی (سبک زندگی سلامت مبتنی‌بر پذیرش و تعهد) در ارتقای خودمراقبتی و کاهش هموگلوبین A1C در بیماران دیابتی مبتلا به دیابت نوع دو در کنار درمان‌های پزشکی بهرهٔ مؤثر برد. یافته‌های پژوهش شایقیان و همکاران (۲۱) مشخص کرد، گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد منجربه کاهش هموگلوبین گلیکوزیله و افزایش فعالیت‌های خودمراقبتی مبتلایان به دیابت نوع دو می‌شود. گِرِگ و همکاران (۲۲) در مطالعه‌ای دریافتند که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد (ACT) در مدیریت بیماری دیابت، مهارت‌های پذیرش و آگاهی، کنترل افکار و احساس‌های منفی مربوط به دیابت تأثیر می‌گذارد. براساس تحقیق پکنهام (۲۳) بر دانشجویان، درمان مذکور در تقویت رفتارهای خودمراقبتی (اضطراب و رضایت از زندگی و رضایت‌مندی تحصیلی) ایشان مؤثر است. یافته‌های پژوهش هادلندمیس و همکاران (۲۴) نشان داد که این درمان به‌عنوان مداخله‌ای پیشگیرانه در ارتقای مدیریت دیابت نوجوانان مطرح می‌شود.

باتوجه به جست‌وجوهای پژوهشگر در پایگاه‌های داده‌ها، تاکنون در ایران پژوهشی یافت نشد که به‌طور مستقیم به اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر رضایت از زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو پرداخته باشد؛ اما مطالعه به‌طور غیرمستقیم از تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر رضایت زندگی حکایت دارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند این درمان در بهبود کیفیت و رضایت زندگی و عملکرد موفق درکنترل پیامدهای بیماری دیابت (۲۵) نتایج مثبتی داشته و سودمندی آن به‌عنوان نوعی مداخله برای طیف وسیعی از اختلال‌های مزمن ازجمله اضطراب، افسردگی، درد و دیابت مؤثر بوده است (۲۶). طالخونچه (۲۷) در مطالعهٔ خود دریافت، درمان مذکور بر افزایش تاب‌آوری و رضایت از زندگی مادران کودکان مبتلا به دیابت نوع یک تأثیر می‌گذارد. برطبق نتایج پژوهش محمدعلی و صداقت (۲۸)، این

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.70.2]

درمان موجب بیشترشدن رضایت از زندگی در مادران کودکان مبتلا به سرطان در گروه آزمایش می‌شود. پژوهش ویکسل و همکاران (۲۹) مشخص کرد که راهبرد پذیرش و تعهد با بهبود عملکرد و رضایت از زندگی و افزایش توانایی‌های شرکت‌کنندگان در رنج (انعطاف‌پذیری روانی) همراه است.

باتوجه به شیوع روزافزون دیابت که گویای انجام‌نشدن فعالیت‌های خودمراقبتی در بیماران دیابتی است و تأثیرات این بیماری بر رضایت زندگی مبتلایان، یافتن درمان‌های مؤثرتر در زمینهٔ کنترل دیابت ضروری به‌نظر می‌رسد. همچنین ازآنجاکه درمان پذیرش و تعهد متأثر از بافت و زمینه بوده، لازم است در بافت‌ها و زمینه‌های مختلف فرهنگی‌اجتماعی تحت آزمون قرار گیرد تا اثربخشی آن با قوت بیشتری تأیید شود؛ بنابراین مطالعهٔ حاضر در راستای هدف اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر رفتارهای خودمراقبتی و رضایت از زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد و به‌دنبال پاسخ به این سؤال بوده که آیا این شیوه از درمان بر متغیرهای مذکور در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو اثربخش است؟

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون‌پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری را تمامی بیماران زن و مرد مبتلا به دیابت نوع دو، مراجعه‌کننده به مرکز دیابت شهر نیشابور در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند. سی نفر بیمار دیابتی به‌شیوهٔ نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر گروه آزمایش، ۱۵ نفر در گروه کنترل) قرار گرفتند. شرایط ورود به مطالعه عبارت بود از: سن ۱۸ تا ۶۰ سال؛ تابعیت ایرانی؛ داشتن دست‌کم سواد خواندن و نوشتن؛ ابتلا به دیابت به‌مدت بیش از شش ماه؛ مبتلانبودن به سایر بیماری‌های شدید یا مزمن ازجمله بیماری قلبی و سرطان؛ دریافت‌نکردن هم‌زمان مشاورهٔ روان‌درمانی در مدت پژوهش. معیار خروج از مطالعه نیز حضورنداشتن در بیش از یک‌جلسه آموزش یا مشاوره بود. به‌منظور گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌های زیر به‌کار رفت.

ـ مقیاس خودمراقبتی سال ۲۰۰۰: مقیاس کوتاه فعالیت‌های خودمراقبتی دیابت در سال ۲۰۰۰ توسط توبرت و گلاسکو و هامپسون (۳۰) تهیه شد که شاخص خودتوصیفی معتبری برای سنجش فعالیت‌های خودمراقبتی دیابت است. این مقیاس ۲۶ گویه دارد و جنبه‌های رژیم غذایی شامل رژیم کلی و رژیم خاص، ورزش، اندازه‌گیری قند خون، مراقبت از پا، تبعیت از دستورهای دارویی، سیگارنکشیدن و توصیه‌های پزشک برای مراقبت از خود را می‌سنجد. نمره‌گذاری مقیاس از ۰تا۷، به‌صورت محاسبهٔ فراوانی انجام فعالیت‌های خودمراقبتی طی یک‌هفته و یک‌ماه و یک‌سال صورت می‌گیرد. نتایج هفت پژوهش نشان داد که مقیاس از پایایی و روایی خوبی برخوردار بوده و به تغییر رفتار حساس است (۳۰). توبرت و همکاران (۳۰) همسانی درونی آن را با استفاده از همبستگی بین گویه‌ها مناسب و از ۰/۴۷ تا ۰/۸۰ گزارش کردند. در پژوهش رحیمیان بوگر و همکاران (۳۱)، آلفای کرونباخ کل مقیاس و زیرمقیاس‌های هفتگی و ماهانه و سالانه به‌ترتیب ۰/۹۵، ۰/۹۵، ۰/۸۶ و ۰/۶۷ به‌دست آمد که بیانگر همسانی درونی مطلوب آن بود (۳۱).

ـ مقیاس رضایت از زندگی: برای سنجش میزان رضایت کلی از زندگی، از مقیاس پنج‌گویه‌ای ساختهٔ دینر، امانز، لارسن و گیفن (۳۲) استفاده شد. در این مقیاس دربرابر هر گویه طیف لیکرت هفت‌نفره‌ای از کاملاً مخالفم (نمرهٔ یک) تا کاملاً موافقم (نمرهٔ هفت) قرار دارد که میزان رضایت از زندگی فرد را می‌سنجد. دامنهٔ تغییرات نمرات از ۵تا۳۵ است و نمرهٔ زیادتر، بیشتربودن رضایت از زندگی را نشان می‌دهد. در پژوهش دینر و همکاران (۳۲) روایی به‌شیوهٔ همگرا و افتراقی و پایایی مطلوبی (آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۵) برای مقیاس گزارش شد (۳۲). در مطالعهٔ جوکار (۳۳) بر ۵۷۷ دانش‌آموز دبیرستانی، مقیاس با ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۰ بوده و روایی آن به‌شیوهٔ تحلیل عاملی به‌دست آمد که نتایج حاکی‌از وجود عاملی کلی در مقیاس است و می‌تواند بیش از ۵۴درصد از واریانس را تبیین کند (۳۳).

روش کار بدین‌ترتیب بود که بیماران برای برگزاری کلاس‌ها و تکمیل پرسشنامهٔ خودمراقبتی و رضایت از زندگی، در محل کلینیک دیابت حضور یافتند. گروه آزمایش مداخلهٔ آموزشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را به‌مدت هشت جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای دریافت کرد؛ درحالی‌که در طول فرآیند پژوهش، برای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. جلسات آموزشی دو بار در هفته برگزار شد. جلسه‌های مشاورهٔ گروهی براساس پروتکل درمانی گریک و همکاران (۲۲) به‌شرح زیر بود.

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات آموزش درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد

جلسه	عنوان هر جلسه	شرح مختصر جلسه
پیش‌جلسه	آشنایی و ایجاد اعتماد	آشنایی اولیه با مراجع و برقراری رابطه و ایجاد اعتماد. اجرای پرسشنامهٔ جمعیت‌شناختی و انجام پیش‌آزمون. معرفی درمانگر.
۱	توضیح دربارهٔ دیابت و انواع آن، مرور درمان‌های مربوط به دیابت، هزینه‌ها و فواید آن، آموزش روانی	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطهٔ درمانی. معرفی درمان ACT و اهداف و محورهای اصلی آن. تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان. ارائهٔ اطلاعات دربارهٔ دیابت و انواع آن. مرور درمان‌های مربوط به دیابت و هزینه‌ها و فواید آن. آموزش روانی. استراحت و پذیرایی. ارائهٔ تکلیف خانگی.
۲	بررسی انتظارهای بیماران از درمان ACT	مروری بر تجارب جلسهٔ قبل و دریافت بازخورد از بیماران. بحث در زمینهٔ تجربیات و بررسی آن‌ها. ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر. بررسی انتظارهای بیماران از درمان ACT. ایجاد درماندگی خلاق. استراحت و پذیرایی. جمع‌بندی بحث‌های بیان‌شده در جلسه. ارائهٔ تکلیف خانگی.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.70.2]

۳	اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای اجتناب	مروری بر تجارب جلسهٔ قبل و دریافت بازخورد از بیماران. تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و پی‌بردن به بیهودگی آن‌ها. تشریح مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار، مقاومت و... بیان همیشگی‌بودن فرآیند پذیرش و مقطعی‌نبودن آن. گفت‌وگو دربارهٔ مشکل‌ها و چالش‌های پذیرش بیماری دیابت. توضیح در ارتباط با اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای اجتناب. کشف موقعیت‌های اجتناب‌شده و تماس با آن‌ها ازطریق پذیرش. استراحت و پذیرایی. جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه و بررسی تمرین جلسهٔ بعد. ارائهٔ تکلیف خانگی.
۴	معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مقاوم‌سازی‌شده و گسلش، کاربرد تکنیک‌های گسلش‌شناختی	مروری بر تجارب جلسهٔ قبل و دریافت بازخورد از بیماران. تکلیف و تعهد رفتاری. معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مقاوم‌سازی‌شده و گسلش. کاربرد تکنیک‌های گسلش‌شناختی. مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان و استعاره‌ها: تضعیف اتلاف خود با افکار و عواطف. استراحت و پذیرایی. جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه و بررسی تمرین جلسهٔ بعد. ارائهٔ تکلیف خانگی.
۵	نشان‌دادن جدایی بین خود و تجربیات درونی و رفتار مشاهده‌شده به‌عنوان زمینه	مروری بر تجارب جلسهٔ قبل و دریافت بازخورد از بیماران. نشان‌دادن جدایی بین خود و تجربیات درونی و رفتار مشاهده‌شده به‌عنوان زمینه. تضعیف خودمفهومی و بیان خود در این تمرینات. آموزش شرکت‌کنندگان جهت تمرکز بر فعالیت‌های خویش (نظیر تنفس و پیاده‌روی و...) و آگاهی از احوال خود در هرلحظه و مشاهدهٔ بدون قضاوت در زمان پردازش هیجان‌ها و حس‌ها و شناخت‌ها: به‌معنای آموختن توجه به افکار و احساساتشان و بی‌توجهی به محتوای آن. استراحت و پذیرایی. جمع‌بندی بحث‌های بیان‌شده در جلسه. بررسی تمرین جلسهٔ بعد. ارائهٔ تکلیف خانگی.
۶	شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و تصریح و تمرکز بر این ارزش‌ها و توجه به قدرت انتخاب آن‌ها	مرور تجارب جلسهٔ قبلی و دریافت بازخورد از بیماران. شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و تصریح و تمرکز بر این ارزش‌ها و توجه به قدرت انتخاب آن‌ها. استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی با تأکید بر زمان حال. استراحت و پذیرایی. جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه. ارائهٔ تکلیف خانگی.
۷	تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف، اشتباه‌ها و موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال‌کردن ارزش‌ها	مرور تجارب جلسهٔ قبلی و دریافت بازخورد از بیماران. بررسی ارزش‌های هریک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی. توضیح تفاوت بین ارزش‌ها و اهداف و اشتباه‌های معمول در انتخاب ارزش‌ها. بحث دربارهٔ موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال‌کردن ارزش‌ها. فهرست‌کردن ارزش‌های مهم‌تر و موانع احتمالی در پیگیری آن‌ها توسط اعضا و درمیان‌گذاشتن با سایرین. بحث گروهی دربارهٔ هدف‌های مرتبط با ارزش‌ها و ویژگی‌های اهداف اختصاصی ارزیابی‌شدنی و واقع‌گرایانه و همسو با ارزش‌های شخصی. مشخص‌کردن سه ارزش از ارزش‌های مهم‌تر اعضا و تعیین اهداف دنبال‌کنندهٔ هریک از آن ارزش‌ها و مشخص‌کردن کارها و رفتارهایی جهت تحقق آن اهداف. نشان‌دادن خطرات تمرکز بر نتایج.
۸	مرور و جمع‌بندی	درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل): شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها. بیان نکاتی دربارهٔ مفهوم عود و آمادگی برای مقابله با آن. مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسات به‌همراه مراجع: درمیان‌گذاشتن تجارب اعضای گروه با یکدیگر و دستاوردها و انتظارهای برآورده‌نشده. قدردانی از بیماران برای شرکت در گروه. اجرای پس‌آزمون.

در این پژوهش پس از کسب مجوز از دانشگاه آزاد نیشابور و مراجعه به مرکز بیماران دیابتی، اصول اخلاقی مرتبط ازجمله محرمانه‌بودن پرسشنامه‌ها و رضایت آگاهانهٔ شرکت‌کنندگان در تحقیق و اختیار خروج از پژوهش رعایت شد. همچنین جهت تحلیل داده‌ها، نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ و آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره در سطح معناداری ۰/۰۵ به‌کار رفت.

۳ یافته‌ها

نتایج نشان داد در گروه کنترل ۴۰درصد از شرکت‌کنندگان مرد و ۶۰درصد زن و در گروه آزمایش ۳۳/۳درصد مرد و ۶۶/۷درصد زن بودند. همچنین افراد گروه کنترل ۴۶/۷درصد تحصیلات دیپلم یا زیردیپلم و ۲۰درصد کاردانی و ۳۳/۳درصد کارشناسی و بیشتر داشتند. در گروه آزمایش ۷۳/۳درصد دارای دیپلم یا زیردیپلم و ۱۳/۳درصد دارای کاردانی و ۱۳/۳ درصد دارای کارشناسی و بیشتر بودند.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.70.2]

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای خودمراقبتی و رضایت از زندگی در مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل به‌همراه نتایج آنالیز کوواریانس

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسهٔ پس‌آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	مجذور اتا
خودمراقبتی	آزمایش	۲۳/۹۳	۵/۹۷	۲۷/۰۷	۵/۴۵	۲۳/۲۸۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۶۳
	کنترل	۲۴/۲۷	۶/۷۷	۲۵	۵/۹۰			
رضایت از زندگی	آزمایش	۱۳/۹۳	۳/۹۱	۱۷/۲۷	۳/۷۸	۲۸/۰۷۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۱۰
	کنترل	۱۲/۲۰	۳/۸۹	۱۳/۲۰	۳/۴۸			

مطابق جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای مقایسهٔ نمرات رفتارهای خودمراقبتی افراد در گروه‌های آزمایش و کنترل، نشان داد که پس از حذف اثر پیش‌آزمون و باتوجه به بیشتربودن میانگین نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون، می‌توان بیان کرد درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد مؤثر بوده و موجب بهبود رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو می‌شود (p<۰/۰۰۱).

همچنین نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای مقایسهٔ نمرات رضایت از زندگی افراد در گروه‌های آزمایش و کنترل، مشخص کرد که پس از حذف اثر پیش‌آزمون و باتوجه به بیشتربودن میانگین نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون، می‌توان نتیجه گرفت درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد مؤثر است و رضایت از زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را بهبود می‌بخشد (p<۰/۰۰۱).

۴ بحث

بیماری دیابت علاوه‌بر مشکلات فیزیولوژیک، روان‌شناختی و رضایت از زندگی این بیماران را نیز تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و نیازمندی بیشتری را برای رفتارهای خودمراقبتی می‌طلبد؛ ازاین‌رو مطالعهٔ حاضر با هدف اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر رفتارهای خودمراقبتی و رضایت از زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد. نتایج نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل، در نمرات مربوط به رفتارهای خودمراقبتی، در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد؛ درنتیجه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد مؤثر بوده و موجب بهبود رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو می‌شود. یافتهٔ به‌دست‌آمده با نتایج مطالعهٔ حر و همکاران (۲۰) و شایقیان و همکاران (۲۱) همخوانی دارد. هم‌راستا با نتیجهٔ حاصل، پژوهش گِرگ و همکاران (۲۲) مشخص کرد که این نوع درمان در مدیریت بیماری دیابت و مهارت‌های پذیرش و آگاهی و کنترل افکار و احساس‌های منفی مربوط به دیابت مؤثر است. پکنهام (۲۳) با مطالعه بر دانشجویان دریافت درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد (ACT) در تقویت رفتارهای خودمراقبتی (اضطراب و رضایت از زندگی و رضایت‌مندی تحصیلی) آنان تأثیر می‌گذارد. براساس یافته‌های پژوهش هادلندمیس و همکاران (۲۴)، درمان مذکور به‌عنوان مداخله‌ای پیشگیرانه در ارتقای مدیریت دیابت نوجوانان مطرح شده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در ACT، افراد می‌آموزند احساس‌های خود را بدون اجتناب بپذیرند و از محتوای آزاردهندهٔ افکار خویش با تمرکز آگاهانه‌تر بر فرایند تفکرشان، رهایی یابند و آن را به عمل مبتنی‌بر هدف مرتبط سازند (۲۲). افزایش پذیرش در مبتلایان به دیابت سبب می‌شود تا اهمیت بیشتری برای خود و سلامتی خویش قائل شوند و رفتارهای خودمراقبتی را بهتر و بیشتر انجام دهند؛ یعنی می‌کوشند تا داروهای تجویزشده و انسولین را به‌موقع مصرف کرده و از رژیم غذایی توصیه‌شده بهتر پیروی کنند. همچنین فعالیت بدنی بیشتری انجام دهند و قند خون روزانه خود را اندازه بگیرند. مجموع این کارها سبب بهبود رفتارهای خودمراقبتی می‌شود. همچنین می‌توان گفت شفاف‌سازی ارزش‌ها و درونی‌شدن عمل متعهدانه که طی گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد صورت می‌گیرد، به اعضای گروه انگیزهٔ کافی را برای ادامه و پایبندی به درمان می‌دهد. علاوه‌براین دو فرایند مهم ACT یعنی تماس با زمان حال و خود به‌عنوان زمینه، در طول کسب مهارت‌های ذهن‌آگاهی در گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد شکل می‌گیرد که هر دو سبب افزایش آگاهی مراجع از خود و نیازهای فعلی‌اش می‌شود (۳۴). این آگاهی به تداوم رفتارهای خودمراقبتی در بیماران کمک می‌کند.

دیگر یافتهٔ پژوهش نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل، در نمرات مربوط به رضایت زندگی، در پس‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده می‌شود. باتوجه به بیشتربودن میانگین نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون، می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد مؤثر بوده و بهبود رضایت از زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را به‌همراه دارد. یافتهٔ حاصل با مطالعات پیشین ازجمله فورمن و همکاران (۲۵) و پول (۲۳) همسوست. طالخونچه (۲۷) در مطالعهٔ خود دریافت که ACT بر افزایش تاب‌آوری و رضایت از زندگی مادران کودکان مبتلا به دیابت نوع یک مؤثر است. نتایج تحقیق محمدعلی و صداقت (۲۸) نشان داد که این درمان موجب بیشترشدن رضایت از زندگی در مادران کودکان دارای سرطان در گروه آزمایش می‌شود. پژوهش ویکسل و همکاران (۲۹) مشخص کرد که راهبرد پذیرش و تعهد با بهبود عملکرد و رضایت از زندگی و افزایش توانایی‌های شرکت‌کنندگان در رنج (انعطاف‌پذیری روانی) همراه است. در تبیین یافتهٔ مذکور می‌توان گفت تکنیک‌های این روش درمانی قادر است در حکم پادزهری دربرابر نقایص آسیب‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو باشد؛ چراکه در این درمان هدف ایجاد نگرش یا رابطه‌ای متفاوت با افکار نیست؛ بلکه پذیرش احساس‌ها و عواطف بوده که شامل حفظ توجه کامل و لحظه‌به‌لحظه و نیز داشتن نگرش همراه با پذیرش و به‌دور از قضاوت

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.70.2]

است (۳۵)؛ بنابراین چنین نتیجه‌گیری می‌شود که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد باتوجه به سازوکارهای تأثیر خود نظیر پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال و عمل متعهدانه، درمانی جامع است که جنبهٔ شناختی‌رفتاری نیز دارد و می‌تواند روشی کارآمد در بهبود رضایت از زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو باشد.

محدودیت مهم‌تر پژوهش، فراهم‌نبودن موقعیت برای اجرای پیگیری و استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس بود. همچنین می‌توان به محدودشدن نمونهٔ پژوهش به بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شهر نیشابور اشاره کرد که باتوجه به آن باید در تعمیم نتایج احتیاط شود؛ بنابراین در پژوهش‌های آتی، به‌کارگیری پیگیری‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت برای ارزیابی میزان تداوم تأثیر نتایج و نیز استفاده از شیوهٔ نمونه‌گیری تصادفی پیشنهاد می‌شود. همچنین مقایسهٔ ACT با سایر روش‌ها مثل طرح‌واره‌درمانی، معنویت‌درمانی، واقعیت‌درمانی، درمان دارویی و غیره می‌تواند نتایج مفیدی در پی داشته باشد. توصیهٔ دیگر، بررسی تأثیر ACT بر سایر ویژگی‌های روان‌شناختی بیماران دیابتی است.

۵ نتیجه‌گیری

بررسی‌ها، اهمیت مداخلات درمانی را درجهت افزایش خودمراقبتی و رضایت از زندگی در بیماران دیابت نوع دو نشان می‌دهد. باتوجه به روند رو به رشد بیماری دیابت و آمار فراوان مبتلایان، شایسته است بیماران، تا حد امکان از برنامه‌های آموزشی استفادهٔ لازم را ببرند و به نقش مشاوره و آموزش خود توجه بیشتری کنند. همچنین نتایج حاصل از این پژوهش مشخص کرد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، موجب بهبود خودمراقبتی و رضایت از زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو می‌شود؛ درنتیجه توجه به آموزش گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، به‌عنوان رویکردی مؤثر در حمایت از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، ضرورت دارد.

۶ تشکروقدردانی

از تمامی کارکنان کلینیک دیابت شهر نیشابور و بیماران دیابتی نوع دو شرکت‌کننده در پژوهش، سپاسگزاری می‌شود. نویسندگان اعلام می‌کنند که تضاد منافعی در این پژوهش وجود ندارد. این تحقیق بدون هرگونه حمایت مالی انجام شده و حاصل پایان‌نامهٔ نویسندهٔ اول مقاله است.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.70.2]

References

1. Taheri Z, Khorsandi M, Taheri Z, Ghafari M, Amiri M. Empowerment-based interventions in patients with diabetes: a review study. J Rafsanjan Univ Med Sci. 2016;15(5):453-68. [Persian] http://journal.rums.ac.ir/article-1-3058-en.html
2. Fowler MJ. Microvascular and macrovascular complications of diabetes. Clin Diabetes. 2008;26(2):77-82. doi:10.2337/diaclin.26.2.77
3. Snoek FJ, Skinner TC. Psychology in diabetes care. Second Edition. London, UK: John Wiley & Sons; 2007.
4. Firooz M, Mazlom R, Hoseini J, Hasanzadeh F, Kimiae A. Comparison between the effect of group education and group counseling on emotional self-care in type II diabetics. J Birjand Univ Med Sci. 2015;22(4):293-303. [Persian] http://journal.bums.ac.ir/article-1-1868-en.html
5. Tol A, Alhani F, Shojaeazadeh D, Sharifirad G. Empowerment approach to promote quality of life and self-management among type 2 diabetic patients. Health Systems Research. 2011;7(2):157-68. [Persian]
6. Panagioti M, Reeves D, Meacock R, Parkinson B, Lovell K, Hann M, et al. Is telephone health coaching a useful population health strategy for supporting older people with multimorbidity? An evaluation of reach, effectiveness and cost-effectiveness using a 'trial within a cohort'. BMC Medicine. 2018;16(1):80-92. doi:10.1186/s12916-018-1051-5
7. Vosoghi Karkazloo N, Abootalebi Daryasari Gh, Farahani B, Mohammadnezhad E, Sajjadi A. The study of self-care agency in patients with diabetes (Ardabil). Modern Care Journal. 2012;8(4):197-204. [Persian] http://sid.bums.ac.ir/dspace/handle/bums/3468
8. Taghipour A, Moshki M, Mirzaei N. Determination of effective factors on self-care behaviors in women with diabetes referring to Mashhad health centers. Journal of Health Education and Health Promotion. 2017;5(4):328-35. [Persian] doi:10.30699/acadpub.ijhehp.5.4.328
9. Bajaj S. RSSDI clinical practice recommendations for the management of type 2 diabetes mellitus 2017. Int J Diabetes Dev Ctries. 2018;38(Suppl 1):S1-S115. doi:10.1007/s13410-018-0642-1
10. Dunbar SB, Reilly CM, Gary R, Higgins MK, Culler S, Butts B, et al. Randomized clinical trial of an integrated self-care intervention for persons with heart failure and diabetes: quality of life and physical functioning outcomes. J Card Fail. 2015;21(9):719-29. doi:10.1016/j.cardfail.2015.05.012
11. Solhi M, Hazrati S, Nejaddadgar N. Analysis of self-care behaviors and their related factors in patients with type II diabetes. Journal of Diabetes Nursing. 2017;5(3):223-31. [Persian] http://jdn.zbmu.ac.ir/article-1-247-en.html
12. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. J Palliat Med. 2014;17(6):642-56. doi:10.1089/jpm.2014.9427
13. Nazari AM, Yarahmadi H, Zahrakar K. The effectiveness of existential group psychotherapy on marital satisfaction in women with type 2 diabetes. Journal of Knowledge & Health. 2015;9(2):14-20. [Persian] doi:10.22100/jkh.v9i2.347
14. Momeni K, Rafiee Z. Correlation of social support and religious orientation with life satisfaction in the elderly. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2018;13(1):50-61. [Persian] doi:10.21859/sija.13.1.50
15. Salmabadi M, Rajabi MJ, Safara M, Kokabi R. Effectiveness of training the review of life on life satisfaction and sense of coherence middle-aged women and elderly nursing home residents in Qazvin. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2018;13(2):198-209. [Persian] doi:10.32598/sija.13.2.198
16. Grigg A, Thommasen HV, Tildesley H, Michalos AC. Comparing Self-rated Health, Satisfaction and Quality of Life Scores between Diabetics and Others Living in the Bella Coola Valley. In: Michalos AC. Connecting the quality of life theory to health, well-being and education. First edition. New York, USA: Springer, Cham; 2017. pp:137-50. doi:10.1007/978-3-319-51161-0_6
17. Ciarrochi J, Bilich L, Godsell C. Psychological flexibility as a mechanism of change in acceptance and commitment therapy. In: Baer RA. Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change. First edition. Okland, USA: Context Press/New Harbinger Publications; 2010. pp:51-75.
18. 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. Behav Ther. 2013;44(2):180-98. doi:10.1016/j.beth.2009.08.002
19. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. Second edition. New York, USA: Guilford Press; 2011.
20. Hor M, Aghaei A, Abedi A, Golparvar M. Effect of combined treatment package (ACT-based healthy lifestyle) with mindfulness-based therapy on self-care and glycated hemoglobin in patients with diabetes mellitus, type 2. Islamic Life Style. 2018;2(2):65-70. [Persian] http://islamiclifej.com/article-1-181-en.html

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.70.2]

21. 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. 2016;10(2):41-50. [Persian]
22. 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. 2007;75(2):336-43. doi:10.1037/0022-006X.75.2.336
23. Pakenham KI. Investigation of the utility of the acceptance and commitment therapy (ACT) framework for fostering self-care in clinical psychology trainees. Train Educ Prof Psychol. 2015;9(2):144-52. doi:10.1037/tep0000074
24. Hadlandsmyth K, White KS, Nesin AE, Greco LA. Proposing an acceptance and commitment therapy intervention to promote improved diabetes management in adolescents: a treatment conceptualization. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy. 2013;7(4):12-5. doi:10.1037/h0100960
25. 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. Behav Modif. 2007;31(6):772-99. doi:10.1177/0145445507302202
26. Pull CB. Current empirical status of acceptance and commitment therapy. Curr Opin Psychiatry. 2009;22(1):55-60. doi:10.1097/YCO.0b013e32831a6e9d
27. Nafarieh Talehkhouncheh A. Effectiveness of acceptance therapy and commitment to resilience, life satisfaction and psychological well-being of mothers and anxiety and depression in children with type 1 diabetes [M.SC. thesis in psychology]. [Najaf Abad, Iran]: Azad University of Najaf Abad; 2018. [Persian]
28. Mohamadali M, Sedaghat M. The effectiveness of group acceptance and commitment therapy (ACT) on life satisfaction among mothers of children with cancer. Journal of Clinical Psychology. 2017;9(2-34):29-36. [Persian] doi:10.22075/JCP.2017.10162
29. Wicksell RK, Ahlqvist J, Bring A, Melin L, Olsson GL. Can exposure and acceptance strategies improve functioning and life satisfaction in people with chronic pain and whiplash-associated disorders (WAD)? A randomized controlled trial. Cogn Behav Ther. 2008;37(3):169-82. doi:10.1080/16506070802078970
30. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. Diabetes Care. 2000;23(7):943-50. doi:10.2337/diacare.23.7.943
31. Rahimian Boogar E, Besharat MA, Mohajeri Tehrani M, Talepasand S. Predictive role of self-efficacy, belief of treatment effectiveness and social support in diabetes mellitus self-management. Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2011;17(3):232-40. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1419-en.html
32. Diener Ed, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. J Pers Assess. 1985;49(1):71-5. doi:10.1207/s15327752jpa4901_13
33. Jowkar B. The mediating role of resilience in the relationship between general and emotional intelligence and life satisfaction. Contemporary Psychology. 2008;2(2-4):3-12. [Persian]
34. Harris R. ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy (the new harbinger made simple series). Second edition. Okland, USA: New Harbinger Publications; 2009.
35. Walser RD, Garvert DW, Karlin BE, Trockel M, Ryu DM, Taylor CB. Effectiveness of acceptance and commitment therapy in treating depression and suicidal ideation in veterans. Behav Res Ther. 2015;74:25-31. doi:10.1016/j.brat.2015.08.012

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.70.2]