MEJDS. 2021; 11:146.

Published online 2021 Nov. **Original Article**

Comparing The Effects of Acceptance and Commitment Therapy and Self-Management Training on Psychological Capitals in Women With Type 2 Diabetes and Psychological Insulin Resistance

Shahalizadegan B[1], *Akbari B[2], Asadi S[3], Moghtader L[3]

Author Address
1. PhD Student in General Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran;
2. Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.
***Corresponding author's email:** bAkbari44@yahoo.com

Received: 2021 Sep 25; **Accepted:** 2021 Oct 20

Abstract

Background & Objectives: Diabetes, as one of the most widespread chronic diseases, is accompanied by high risks of biopsychological symptoms, reduced quality of life, early disability, and death besides imposing a high economic burden on the individual and society. Research indicated that some psychotherapies effectively control and cope with this illness. However, few studies have addressed Psychological Insulin Resistance (PIR), i.e., more prevalent among women, and its nonuse can make the patient suffer from numerous complications. Studies suggested that self–efficacy, resilience, and hopefulness associated with people with diabetes are severely reduced due to chronic disease. Moreover, psychological assets, which include the components of self–efficacy, resilience, optimism, and hope, impact coping with stress, overcoming psychosocial and health–related adversity, and lifestyle modification in patients with diabetes. The present study aimed to compare the effects of the Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Self–Management Training (SMT) on Psychological Capitals (PCs) in women with type 2 diabetes and Psychological Insulin Resistance.

Methods: This was a quasi–experimental study with a pretest–posttest–follow–up and a control group design. The statistical population consisted of all type 2 diabetes women referring to Gilan Diabetes Society in 2020. 48 individuals were voluntarily selected by the convenience sampling method concerning the inclusion criteria. After obtaining their informed consent, they were randomly assigned into 3 groups and administered the pretest. Luthans' Psychological Capital Scale was the instrument employed in this research. The questionnaire's validity was verified by explanatory factor analysis. Using Cronbach's alpha coefficient, the total reliability score of the PC item equaled 0.89. A study conducted in Iran found that Cronbach's alpha coefficient for the overall score of the PC item was 0.89. Moreover, the item–total correlations indicated excellent validity. Besides, the researchers applied Hayes and Strosahl's ACT package in eight 90–minute sessions to conduct the interventions. The SMT for chronic illnesses intervention of Schreurs et al. was also performed in six 90–minute sessions. After administering the posttest and follow–up stages, the research data were analyzed using repeated–measures Analysis of Variance (ANOVA) and Bonferroni post hoc test in the SPSS.

Results: The group–by–time interaction effect in the ANOVA was significant for the overall score of the PC, hope, resilience, self–efficacy, and optimism (p<0.001). The control and experimental groups substantially differed in pretest, posttest, and follow–up steps. There was no difference in the overall score of the PC and its subscales in the pretest stage between the SMT and control groups (p>0.05); therefore, the study groups were similar. In the posttest step, a significant difference was found between the control and SMT groups. Thus, the SMT group outperformed the control group respecting improving PC and its subscales in the study subjects (p<0.001). There was no difference in the overall score of the PC and its subscales in the pretest stage between the ACT and SMT groups (p>0.05); therefore, these groups were similar. A significant difference was found between the ACT and SMT groups in the posttest. Thus, the Act group outperformed the SMT group concerning improving PC and its subscales in the study participants (p<0.001). Finally, all changes remained stable at the follow–up design in the experimental groups (p<0.001).

Conclusion: The obtained results revealed that the PC scores in both experimental groups were higher than the control group, and the ACT group outperformed the SMT group. The changes observed in the experimental group were also stable in the follow–up phase to some extent. The collected results can solve the problems associated with patients with diabetes in hospital and private counseling centers.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Self–Management Training (SMT), Psychological capitals, Type 2 diabetes, Psychological insulin resistance.

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.

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

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۱۴۶.

انتشار برخط آبان ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و آموزش خودمدیریتی بر سرمایه‌های روان‌شناختی زنان مبتلا به دیابت نوع دو با مقاومت روان‌شناختی به انسولین

بهاره شاه علیزادگان[۱]، *بهمن اکبری[۲]، سامره اسدی[۳]، لیلا مقتدر[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران؛

۲. استاد، گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران؛

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** akbari@iaurasht.ac.ir ،bAkbari44@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۳ مهر ۱۴۰۰؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۸ مهر ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: دیابت به‌عنوان یکی از اختلالات بسیار شایع مزمن، با خطر زیاد عوارض جسمانی و روانی همراه است. تحقیقات نشان می‌دهد، برخی درمان‌های روان‌شناختی در مدیریت این بیماری مؤثر است. پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و آموزش خودمدیریتی بر سرمایه‌های روان‌شناختی زنان مبتلا به دیابت نوع دو با مقاومت روان‌شناختی به انسولین انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون–پس‌آزمون و مرحلهٔ پیگیری با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زنان مبتلا به دیابت نوع دو، مراجعه‌کننده به انجمن دیابت استان گیلان در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. در ادامه ۴۸ بیمار واجد شرایط داوطلب وارد مطالعه شدند و به‌روش تصادفی در دو گروه آزمایش درمان پذیرش و تعهد و آموزش خودمدیریتی و یک گروه گواه (هر گروه شانزده نفر) قرار گرفتند. به‌منظور انجام مداخلات، درمان پذیرش و تعهد (هیز، ۲۰۰۴) و آموزش خودمدیریتی (شرورز، ۲۰۰۳) اجرا شد. ابزار استفاده‌شده در این پژوهش، مقیاس سرمایهٔ روان‌شناختی (لوتانز، ۲۰۰۷) بود. داده‌های پژوهش پیش و پس از مداخله و دو ماه بعد به‌منظور پیگیری با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج مشخص کرد، میانگین نمرات سرمایهٔ روان‌شناختی و مؤلفه‌های هر دو گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه، همچنین گروه درمان پذیرش و تعهد درمقایسه با گروه آموزش خودمدیریتی بیشتر است ($p\leq ۰/۰۰۱$). تغییرات میانگین سرمایهٔ روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن در طول زمان، همین‌طور اثر گروه و اثر متقابل زمان و گروه معنادار بود ($p\leq ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که هر دو درمان بر افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی زنان مبتلا به دیابت نوع دو با مقاومت روان‌شناختی به انسولین اثربخش است؛ اما درمان پذیرش و تعهد از اثربخشی بیشتری برخوردار است.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، آموزش خودمدیریتی، سرمایه‌های روان‌شناختی، دیابت نوع دو، مقاومت روان‌شناختی به انسولین.

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.

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

۱ مقدمه

دیابت ملیتوس[1]، اختلالی متابولیکی مزمن به‌شمار می‌رود که مشخصهٔ آن، بیشتربودن دائمی قند خون یا همان هایپرگلیسمیا[2] است و به سه دسته تقسیم می‌شود. دیابت نوع دو، حدود ۹۰درصد انواع دیابت را در بر می‌گیرد و معمولاً در افراد بیشتر از ۴۵ سال دیده می‌شود (۱). طبق آخرین آمار منتشرشدهٔ فدراسیون جهانی دیابت، شیوع دیابت رو به افزایش است. امروزه ۴۶۳میلیون نفر از بزرگسالان ۲۰تا۷۹ساله در جهان با دیابت زندگی می‌کنند و تخمین زده می‌شود که ۷۰۰میلیون نفر تا سال ۲۰۴۵ مبتلا خواهند شد. کشور ایران نیز دارای بیش از ۵میلیون بیمار دیابتی است (۲).

یکی از مراحل مهم درمان در افراد مبتلا به این نوع از بیماری، استفاده از انسولین است. در بررسی پیشینهٔ پژوهش، اخیراً نقش مقاومت روان‌شناختی به انسولین (PIR)[3] در مدیریت کارآمد بیماری برجسته شده است؛ همچنین تعدادی از گزارش‌های بالینی به‌وضوح نشان می‌دهد که مقاومت روان‌شناختی به انسولین می‌تواند بر درمان تأثیر منفی بگذارد؛ بااین‌حال، تعداد کمی از مداخلات بالینی در این زمینه ارائه شده است (۳،۴).

براساس مطالعات یکی از متغیرهایی که با کاهش این مقاومت و بهبود بیماری‌های مزمن ارتباط دارد، سرمایه‌های روان‌شناختی[4] است (۵،۶). سرمایه‌های روان‌شناختی شامل عواملی چون تعهد و تلاش لازم برای موفقیت در کارها (خودکارآمدی[5])، استناد مثبت در زمینهٔ موفقیت‌های حال و آینده (خوش‌بینی[6])، پایداری در راه هدف برای دستیابی به موفقیت (امیدواری[7]) و پایداری به‌هنگام مواجهه با مشکلات (تاب‌آوری[8]) می‌شود (۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهد، خودکارآمدی، تاب‌آوری و امیدواری بیماران دیابت به‌سبب مزمن‌شدن بیماری، به‌شدت کاهش می‌یابد. از سویی خوش‌بینی و تفکر مثبت در مقابله با تنیدگی‌ها، غلبه بر ناملایمات روانی و اجتماعی مرتبط با سلامت و اصلاح سبک زندگی، در کاهش بروز بیماری‌های جسمانی و روان‌شناختی نقش مؤثری دارد (۸،۹). به‌اعتقاد لوتانز و همکاران، وقتی این چهار مؤلفه باهم تلفیق می‌شوند و سازه‌ای برتر را که همان سرمایهٔ روان‌شناختی است تشکیل می‌دهند، فراتر و مؤثرتر از مجموعهٔ اعضای خود عمل می‌کنند. ایشان دریافتند که سرمایهٔ روان‌شناختی می‌تواند با انجام تمرین‌های کوتاه‌مدت در طول آموزش گروهی توسعه یابد (۷).

آموزش خودمدیریتی (SMT)[9] یکی از روش‌های آموزشی مؤثر در مدیریت بیماری دیابت و کاهش مقاومت روان‌شناختی به انسولین معرفی شده است (۱۰). مداخلهٔ آموزش خودمدیریتی برای بیماری‌های مزمن، برنامه‌ای منسجم افزایش دانش خودمدیریتی و رفتارهای ارتقادهندهٔ سلامت برای بیماران مزمن است که توسط شرورز و همکاران طراحی شد (۱۱). این مداخلهٔ آموزشی برطبق نظریهٔ خودتنظیمی[10] و مقابلهٔ فعال است و بر تعیین اهداف و برنامهٔ اجرایی تأکید دارد. رفتارهای سبک زندگی مانند فعالیت بدنی، رژیم‌درمانی و استراحت، نظارت بر قند خون، تعامل با متخصصان و فعالیت‌های خودمهارگری[11] به‌عنوان مؤلفه‌های خودمدیریتی مطرح هستند که نقش مؤثری در توان‌مندسازی بیماران مبتلا به دیابت دارند (۱۲). نتایج بررسی شرورز و همکارانش نشان داد، آموزش خودمدیریتی بر بهبود مزاج و رفتار مبتلایان به دیابت مؤثر است و باعث افزایش خودکارآمدی در آن‌ها می‌شود (۱۱).

علاوه‌بر اهمیتی که برای مداخلات خودمدیریتی در بیماران دیابتی مطرح است، برخی دیگر از پژوهش‌ها بر تغییرات روان‌شناختی به‌منزلهٔ بُعد دیگری از پیامدهای بیماری دیابت تأکید دارند. بیماری‌های مزمن همچون دیابت به‌سبب طولانی‌بودن و درمان‌نشدن قطعی با اختلالات روان‌شناختی همراه است (۱۳)؛ بر این اساس منطقی است که افراد مبتلا به دیابت در کنار مداخلات آموزشی در زمینهٔ خودمدیریتی، مداخلات روان‌شناختی مناسب را نیز دریافت کنند.

یکی از این مداخلات رفتاری، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد (ACT)[12] است. این درمان اخیراً به‌عنوان مداخله‌ای رفتاری برای توان‌مندسازی بیماران مزمن، از سوی پژوهشگران استقبال شده است. در درمان پذیرش و تعهد، درک اساسی از درد، اندوه، بیماری، ترس و اضطراب مدنظر قرار می‌گیرد که از ویژگی‌های اجتناب‌ناپذیر زندگی انسان هستند. هدف درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، ازبین‌بردن یا سرکوب این تجربیات نیست؛ درعوض، فن مذکور، مواجهه با این تجربیات دردناک را تشویق می‌کند تا فرد از مسیرهای ارزشی خود غافل نشود و به مسیر خود ادامه دهد (۱۴). اگرچه اجتناب از تماس فوری با تجربیات، پریشانی را کاهش می‌دهد و تسکین کوتاه‌مدت فراهم می‌کند، در درازمدت، منجربه اختلال در عملکرد بیشتر و افزایش پریشانی می‌شود؛ بنابراین تمایل به تجربه یا «ایجاد فضایی برای آن» تنها پادزهر برای مقابله با رویدادها و تجارب دردناک است (۱۴). باغبان و همکاران (۱۵) و ژانگ و همکاران (۱۶) در پژوهش‌هایی دریافتند، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، نقش مؤثری بر بهبود سرمایه‌های روان‌شناختی، مهارت‌های مقابله و کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو دارد؛ اما این مطالعات دارای محدودیت‌های مختلفی چون فقدان مرحلهٔ پیگیری یا حجم نمونهٔ کوچک بودند و مشخص نشد اثرات درمانی تا چه حد دوام خواهد داشت.

همان‌طورکه گفته شد بررسی پژوهش‌های پیشین دلالت بر این دارد که مقاومت روان‌شناختی به انسولین، مشکلی رایج در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو به‌شمار می‌رود و مطالعات اندکی به آن پرداخته‌اند و به نقش متغیر سرمایهٔ روان‌شناختی در این گروه نمونه کمتر توجه شده است (۳،۴). همچنین مطالعات نشان می‌دهد، این مقاومت روان‌شناختی در زنان شایع‌تر است و زنان دربرابر مصرف انسولین

1. Diabetes Mellitus
2. Hyperglycemia
3. Psychological Insulin Resistance (PIR)
4. Psychological Capitals
5. Self-efficacy
6. Optimism
7. Hope
8. Resilience
9. Self-Management Training (SMT)
10. Self-regulation theory
11. Self-control
12. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

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

نگرانی‌های بیشتری دارند (۱۷)؛ اما کمتر به‌طور اختصاصی در این گروه، مداخلات درمانی و آموزشی انجام شده است. علاوه‌بر خلأهای پژوهشی مذکور، بسیاری از مطالعات مشابه، فاقد مرحلهٔ پیگیری بوده است که ماندگاری درمان را با شک مواجه می‌کند. یکی از نکات مهم در این مقایسه، نگاه متفاوت درمان پذیرش و تعهد و خودمدیریتی بر سرمایه‌های روان‌شناختی بیماران دیابت است. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، مدلی درمانی با هدف افزایش پذیرش و تمایل و تعهد است؛ درمقابل، رویکرد خودمدیریتی الگویی آموزشی به‌شمار می‌رود که هدف آن افزایش دانش بیماری و به‌کارگیری رفتارهای افزایش‌دهندهٔ سلامت است؛ بر این اساس انتظار می‌رود که هریک از این مداخلات تأثیرات متفاوتی بر مؤلفه‌های سرمایه‌های روان‌شناختی زنان مبتلا به دیابت داشته باشند. باتوجه به آنچه گفته شد، هدف اصلی پژوهش، مقایسهٔ اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و آموزش خودمدیریتی بر سرمایه‌های روان‌شناختی زنان مبتلا به دیابت نوع دو با مقاومت روان‌شناختی به انسولین بود.

۲ روش‌بررسی

این پژوهش طرحی نیمه‌آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون–پس‌آزمون و مرحلهٔ پیگیری با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زنان مبتلا به دیابت نوع دو تشکیل دادند که در سال ۱۳۹۹ در انجمن دیابت استان گیلان (شهر رشت) نام‌نویسی کردند. انتخاب حجم نمونه با استفاده از فرمول ارائه‌شده توسط فریدمن و همکاران برای مطالعات آزمایشی انجام شد (۱۸). طبق این فرمول، حجم نمونهٔ معتبر براساس میانگین و انحراف معیار یکی از پرسشنامه‌های پژوهش محاسبه می‌شود و به‌سبب اینکه میانگین و انحراف معیار پرسشنامهٔ سرمایهٔ روان‌شناختی بیماران دیابت در مطالعهٔ باغبان (۱۵) موجود بود، حجم نمونه به‌شرح زیر محاسبه شد.

طبق فرمول ، B نسبت حجم نمونهٔ گواه به آزمایش، μ_1 میانگین μ_2 گروه آزمایش و میانگین گروه گواه و درنهایت δ حداقل آستانهٔ پذیرش برتری[1] گروه گواه است؛ به این معنا که اختلاف بین میانگین گروه آزمایش و گروه گواه از دید محقق معنادار نخواهد بود؛ مگر اینکه بیشتر از مقدار δ باشد. در این مطالعه باتوجه به اندازهٔ اثری متوسط مقدار ۰/۳۵ در نظر گرفته شد. میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش و گواه در مرحلهٔ پیش‌آزمون مبنای محاسبه قرار گرفت و درنتیجه، حداقل حجم نمونه برای هریک از گروه‌ها پانزده نفر محاسبه شد.

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sigma_1^2 + \sigma_2^2}{2}}$$

$$n = \left(1 + \frac{1}{B}\right)\left(\frac{\sigma(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})}{\mu_1 - \mu_2 - \delta}\right)^2 \rightarrow \left(1 + \frac{1}{1}\right)\left(\frac{0.61(Z_{0.975} + Z_{0.90})}{4.53 - 3.88 - 0.35}\right)^2 \approx 15$$

$$\alpha = 0.05, \quad 1 - \beta = 0.90, \quad B = 1, \quad \mu 1 = 3.18, \quad \mu 2 = 3.00, \quad \sigma 1 = 0.53, \quad \sigma 2 = 0.61, \quad \delta = 0.35$$

روش کار بدین‌صورت بود که پس از دریافت کد اخلاق (IR.IAU.RASHT.REC.1399.068) از دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، به‌منظور اطلاع‌رسانی دربارهٔ پژوهش و ثبت‌نام در انجمن دیابت استان گیلان، ازطریق رسانه‌های اجتماعی فراخوان اعلام شد. پس از توضیح کامل محققان و اخذ رضایت آگاهانه، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران ثبت شد. به‌منظور غربالگری توسط یک پزشک و یک روان‌پزشک خارج از تیم تحقیق، مصاحبه صورت گرفت که افراد دارای معیارهای ورود و خروج پژوهش به‌طور دردسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل رضایت آگاهانه و تمایل به شرکت در پژوهش، دارابودن سواد خواندن و نوشتن، جنسیت زن در طیف سنی ۴۰تا۶۰ سال، تشخیص قطعی بیماری دیابت نوع دو توسط پزشک و آزمایشات بیمار، داشتن نشانگان مقاومت روان‌شناختی به انسولین‌درمانی، سوءمصرف‌نداشتن مواد و الکل، مبتلانبودن به اختلالات شخصیت و بالینی شدید و شرکت‌نکردن در دوره‌های مشاوره یا درمان هم‌زمان بود. معیارهای خروج عبارت بود از: غیبت بیش از دو جلسه؛ تمایل‌نداشتن به ادامهٔ درمان و قرارگرفتن در دوران حاد بیماری.

بعد از غربالگری اولیه، ۴۸ نفر مایل به همکاری شدند که تخصیص نمونه‌ها به‌طور تصادفی در سه گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد (شانزده نفر)، آموزش خودمدیریتی (شانزده نفر) و گواه (شانزده نفر) توسط فردی خارج از مطالعه صورت گرفت. ارزیابی پیش‌آزمون توسط پژوهشگر مطالعهٔ حاضر انجام شد. سپس دو گروه آزمایش، توسط روان‌شناس بالینی خارج از تیم مطالعه (به‌منظور نداشتن سوگیری) تحت مداخلات درمانی و آموزشی قرار گرفتند. برای ترغیب شرکت‌کنندگان به ادامهٔ جلسات، یک روز قبل از هر جلسه با شرکت‌کنندگان تماس گرفته شد. جلسات برای دو گروه آزمایش به‌شیوهٔ حضوری در انجمن دیابت استان گیلان برگزار گردید و به‌منظور گردآوری داده‌ها، ابزار زیر به‌کار رفت.

ـ پرسشنامهٔ سرمایهٔ روان‌شناختی[2] (لوتانز، ۲۰۰۷): مقیاس سرمایهٔ روان‌شناختی در سال ۲۰۰۷ توسط لوتانز و همکارانش طراحی شد. پرسشنامه دارای ۲۴ گویه و چهار زیرمقیاس (امید، تاب‌آوری، خودکارآمدی و خوش‌بینی)[3] است که هریک از این زیرمقیاس‌ها با شش گویه سنجیده می‌شود. نمره‌گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت شش‌درجه‌ای (کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۶) است. حداکثر نمرهٔ آزمون ۱۴۴ و حداقل نمره ۲۴ است. نمرات بیشتر به‌معنای سرمایهٔ روان‌شناختی بیشتر، به‌عبارتی امید، تاب‌آوری، خودکارآمدی و خوش‌بینی بیشتر است. در هر زیرمقیاس نیز حداکثر ۳۶ و حداقل ۶ نمره می‌توان به‌دست آورد (۱۹). روایی پرسشنامه

1. Non-inferiority' or 'superiority' threshold

2. Psychological Capital Questionnaire

3. Hope, resilience, self-efficacy, and optimism

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

توسط طراحان آن با روش تحلیل عاملی اکتشافی به تأیید رسید. نسبت خی‌دو این آزمون برابر با ۲۴/۶ بود و آماره‌های CFI و RMSEA در این مدل به‌ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۰۸ گزارش شد (۲۰). قابلیت اعتماد آن به‌روش آلفای کرونباخ برای هریک از چهار معیار به‌شرح زیر به‌دست آمد: امید ۰/۷۶؛ تاب‌آوری ۰/۷۱؛ خودکارآمدی ۰/۸۰؛ خوش‌بینی ۰/۷۶؛ نمرهٔ کل ۰/۸۹ (۱۹). ضرایب آلفای کرونباخ در مطالعهٔ رجائی و همکاران در ایران برای نمرهٔ کل مقیاس سرمایهٔ روان‌شناختی ۰/۸۹ و برای خرده‌مقیاس‌های خودکارآمدی، امید، تاب‌آوری و خوش‌بینی به‌ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۳، ۰/۷۳ و ۰/۷۰ به‌دست آمد. همبستگی بین کل مقیاس سرمایهٔ روان‌شناختی مثبت با عامل‌های خوش‌بینی، امید، تاب‌آوری و خودکارآمدی به‌ترتیب ۰/۷۶، ۰/۸۷، ۰/۷۸ و ۰/۸۴ بود که روایی سازهٔ مطلوبی را نشان می‌دهد. همبستگی بین عامل‌ها نیز بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۲ بود که در سطح ($p<0/01$) معنادار است (۲۱).

جدول ۱. جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد

جلسه	خلاصهٔ اهداف و محتوا
اول	آشنایی اعضا با یکدیگر، برقراری اتحاد درمانی، ایجاد فضای امن و دوستانه، آشنایی با قوانین و هنجارهای گروه و توافق بر سر آن‌ها
دوم	شناسایی رفتارهای مشکل‌دار اعضا، معرفی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار، مقاومت و...، ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر
سوم	بیان تفاوت دنیای درون و بیرون، استفاده از استعاره‌ها، افزایش آگاهی به برنامهٔ مهارکردن، کاهش وابستگی به آن، کمک به اعضا به‌منظور پی‌بردن به بیهودگی راهبردهای مهارکردن
چهارم	انتقال مفهوم ذهن‌آگاهی ازطریق تمرین‌های مرتبط: تنفس، خوردن و راه‌رفتن آگاهانه و...، تسهیل فهم معنای تمایل و پذیرش، افزایش توانایی اعضا به‌منظور فضادادن به احساسات و تجربیات ناخوشایند
پنجم	تمرین ذهن‌آگاهی، مشاهده‌گری افکار بدون قضاوت و عمل مستقل از تجارب شناختی، تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی‌شده و گسلش
ششم	تأثیر همجوشی‌زدایی در زندگی، انتقال مفاهیم نقش، زمینه و انواع خود و حرکت به‌سمت زندگی ارزش‌مند با یک خود پذیرا و مشاهده‌گر با استفاده از استعارهٔ صفحهٔ شطرنج، آسمان و...، کاهش وابستگی به خود مفهوم‌سازی‌شده، ایجاد آگاهی از خود به‌عنوان زمینه
هفتم	سنجش اولیهٔ ارزش‌ها با استفاده از استعارهٔ چوب جادویی، تصریح ارزش‌ها، درک تفاوت ارزش‌ها و اهداف، درک اهمیت زندگی مبتنی‌بر ارزش
هشتم	بحث دربارهٔ ایجاد الگوهای منعطف رفتاری منطبق با ارزش‌ها، ایجاد تعهد به عمل در راستای اهداف و ارزش‌ها، مفهوم عود و آمادگی برای مقابله با آن، بررسی فرآیند و تجارب گروه، بررسی مسائل ناتمام، جمع‌بندی و خاتمه‌دادن
	نکته: در تمامی جلسات، ارائهٔ تکلیف خانگی صورت گرفت و جلسهٔ بعد به‌شکل داوطلبانه در گروه بررسی شد.

جدول ۲. آموزش خودمدیریتی

جلسه	خلاصهٔ اهداف و محتوا
اول	معرفی افراد و آشنایی با عوارض بیماری، بررسی سیر پیشرفت بیماری، بررسی انواع مداخلات انجام‌شده و تأثیر آن‌ها، آشناسازی بیماران با مفهوم خودمدیریتی و ابعاد آن
دوم	بیان مشکل و راهکارهای مدنظر در جمع، نظرات جمع، جست‌وجوی موانع احتمالی موجود در سر راه رسیدن به هدف، بررسی دوبارهٔ گام‌های قبلی با شخص دیگر و فنون کاربردی درمان شناختی‌رفتاری
سوم	بحث دربارهٔ انجام کارها مثلاً نوع رژیم غذایی مناسب و ارائهٔ نظرات و انتقادات و پیشنهادات سازنده توسط سایر اعضا، بررسی عقاید یا باورها، هیجانات، تجارب و موانع، نوشتن طرح عملیاتی، تقویت احساسات و انگیزه، ارزیابی راهکارها، استخراج نظرات و اصلاح و تعدیل، یادداشت طرح عملیاتی تکالیف و اجرا در طول دورهٔ درمان، جست‌وجو و شناسایی موانع احتمالی و بررسی دوبارهٔ راهکارها و موانع
چهارم	بحث دربارهٔ انجام تکالیف خانه و موفقیت یا موفق‌نبودن، گرفتن بازخورد و پیشنهادات از بقیهٔ اعضا، نحوهٔ مقابله با مسائل هیجانی با یک بیماری مزمن، نوشتن مشکلات هیجانی و ارائهٔ راه‌حل‌های پیشنهادی، جست‌وجوی منابع کمک‌کنندهٔ دردسترس، شناسایی موانع احتمالی، بازخورد و ارائهٔ راهکار توسط دیگر اعضا، بازنگری دوبارهٔ گام‌های پیشین و در صورت لزوم ایجاد تغییرات لازم
پنجم	درمیان‌گذاشتن طرح‌های عملیاتی موفق و ناموفق و تجزیه‌وتحلیل در گروه، ارائهٔ پیشنهادات به‌منظور غلبه بر مشکلات و اصلاح برنامهٔ عملیاتی، بحث دربارهٔ کنارگذاشتن رفتارهای پرخطر ازقبیل مصرف‌نکردن سیگار و الکل، دوری از بی‌حرکتی و رخوت، دقت‌داشتن دربارهٔ زمان مصرف داروها، رژیم غذایی و کنارآمدن با ترس ناشی‌از مصرف انسولین و نیز دقت کافی دربارهٔ عوارض همراه بیماری دیابت
ششم	ارزیابی و نظرسنجی چگونگی مداخلات در بیماران و در مراقبان سلامت، استخراج درک بیماران از این دوره و کفایت تعداد و طول مدت جلسات و نیز تعداد افراد شرکت‌کننده در جلسات، مروری بر جلسات قبل، پس‌آزمون
	نکته: در تمامی جلسات، ارائهٔ تکلیف خانگی صورت گرفت و در آغاز جلسهٔ بعد به‌شکل داوطلبانه بررسی شد.

جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در پژوهش حاضر، مداخلهٔ درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد موجود در کتاب هیز و استروسهل ترجمهٔ اکرم خمسه بود (۲۲،۲۳) که در هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای اجرا شد. روایی محتوای این پروتکل، ۸/۹ بود که حاکی‌از روایی محتوایی

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

مطلوبی است (۲۴). جلسات مداخلهٔ خودمدیریتی، آموزش خودمدیریتی برای بیماری‌های مزمن شرورز و همکاران بود که روایی محتوای آن توسط طراحانش و متخصصان سلامت، ۷/۳ به‌دست آمد و شامل شش جلسهٔ نوددقیقه‌ای است (۱۱). در ادامه، خلاصهٔ جلسات در جدول‌های ۱ و ۲ ارائه شده است. در پایان مداخله و بعد از دو ماه (برای پیگیری)، هر سه گروه ارزیابی شدند. برای بررسی همسان‌سازی سه گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی، در آزمون‌های کیفی از آزمون خی‌دو و در متغیرهای کمی مانند سن و تودهٔ بدنی، از تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با روش آماری در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی صورت گرفت. در آمار توصیفی، نمودار میانگین و انحراف معیار به‌کار رفت. در سطح آمار استنباطی نیز آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی ازطریق نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ استفاده شد. شایان ذکر است، برای بررسی فرض نرمال‌بودن توزیع متغیر وابسته آزمون شاپیرو–ویلکز به‌کار رفت ($p>۰/۰۵$) و نتایج آزمون موچلی به‌منظور بررسی کرویت یا برابری واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیرهای پژوهش گزارش شد ($p>۰/۰۵$) ($p<۰/۰۱$). تمامی اصول اخلاقی بیانیهٔ هلسینکی ازجمله بیمارگیری به‌شکل داوطلبانه، رضایت آگاهانه، حضور پزشک و درمانگر بالینی حرفه‌ای و...، در این مطالعه رعایت شد. به‌منظور رعایت عدالت پژوهشی پس از اخذ آزمون در مرحلهٔ پیگیری، گروه گواه تحت مداخلهٔ درمان پذیرش و تعهد قرار گرفت.

۳ یافته‌ها

در ابتدا داده‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها بررسی شد که از متغیرهای مخدوشگر این مطالعه نیز بودند. در جداول ۳ و ۴ وضعیت سه گروه از نظر متغیرهای تحصیلات، وضعیت تأهل، سابقهٔ خانوادگی ابتلا به دیابت، مدت ابتلا، میانگین سنی و شاخص تودهٔ بدنی ارائه شده است.

جدول ۳. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی به‌تفکیک گروه

متغیر		درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد		آموزش خودمدیریتی		گواه	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
سطح تحصیلات	سیکل	۱۲	۰/۷۵	۱۰	۶۵/۵	۹	۵۶/۳
	دیپلم	۲	۱۲/۵	۴	۲۵	۶	۳۷/۵
	کاردانی	۲	۱۲/۵	۱	۶/۳	۱	۶/۳
	کارشناسی	۰	۰	۱	۶/۳	۰	۰
	مجرد	۰	۰	۰	۰	۰	۰
وضعیت تأهل	متأهل	۱۳	۸۱/۳	۱۵	۹۳/۸	۱۴	۸۷/۵
	مطلقه	۱	۶/۳	۰	۰	۰	۰
سابقهٔ خانوادگی ابتلا به دیابت	بیوه	۲	۱۲/۶	۱	۶/۳	۲	۱۲/۵
	بله	۲	۱۲/۵	۵	۳۱/۳	۲	۱۲/۵
	خیر	۱۴	۸۷/۵	۱۱	۶۸/۸	۱۴	۸۷/۵
مدت ابتلا	۱تا۵ سال	۵	۳۱/۳	۶	۳۷/۵	۵	۳۱/۳
	۶تا۱۰ سال	۶	۳۷/۵	۶	۳۷/۵	۵	۳۱/۳
	۱۱ سال و بیشتر	۵	۳۱/۳	۴	۲۵	۶	۳۷/۵

باتوجه به جدول ۳ و طبق نتایج به‌دست‌آمده، مقایسهٔ میزان تحصیلات در سه گروه با استفاده از آزمون خی‌دو، بیانگر وجودنداشتن تفاوت معنادار بود ($p=۰/۵۵۰$). از نظر وضعیت تأهل آزمون خی‌دو نشان داد، سه گروه تفاوت معناداری باهم ندارند ($p=۰/۶۳۷$)؛ همچنین از نظر سابقهٔ خانوادگی ابتلا به دیابت، سه گروه با آزمون خی‌دو مقایسه شدند که تفاوت معناداری باهم نداشتند ($p=۰/۲۹۲$). از نظر مدت ابتلا به دیابت نیز سه گروه با استفاده از آزمون خی‌دو مقایسه شدند که نتیجه نشان‌دهندهٔ نداشتن تفاوت معنادار سه گروه بود ($p=۰/۹۵۸$).

جدول ۴. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی به‌تفکیک گروه

شاخص	درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد		آموزش خودمدیریتی		گواه	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
وضعیت سنی	۵۱/۲۵	۶/۰۸	۵۰/۵۶	۶/۸۵	۵۱/۸۷	۵/۱۶
تودهٔ بدنی	۲۹/۴۵	۳/۳۸	۲۸	۱/۷۲	۲۸/۰۲	۱/۹۹

براساس جدول ۴، نتایج مقایسهٔ میانگین سنی با استفاده از آزمون آنوای یک‌طرفه نشان داد که سه گروه تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند ($p=۰/۸۳۰$). مقایسهٔ میانگین شاخص تودهٔ بدنی با استفاده از آزمون آنوای یک‌طرفه نیز نشان‌دهندهٔ وجودنداشتن تفاوت معنادار در سه گروه

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

بود (p=۰/۱۷۹).

در جدول ۵ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین و انحراف معیار برای گروه‌های آزمایش و گواه در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

جدول ۵. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش برای گروه‌های آزمایش و گواه در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد		آموزش خودمدیریتی		گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نمرهٔ کل سرمایه‌های روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۸۳/۱۸۷	۷/۰۰۶	۸۴/۸۷۵	۷/۶۳۲	۸۵/۵۶۲	۴/۶۶۱
	پس‌آزمون	۱۲۱/۵۰۰	۱/۳۶۶	۱۰۴/۵۶۲	۵/۱۸۹	۸۸/۵۶۲	۴/۴۱۱
	پیگیری	۱۱۹/۵۰۰	۱/۰۳۲	۱۰۱/۵۰۰	۵/۳۷۸	۸۷/۷۵۰	۴/۲۶۶
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	۲۲/۷۵۰	۴/۰۷۴	۲۳/۳۷۵	۲/۷۷۷	۲۳/۳۱۲	۲/۴۶۸
	پس‌آزمون	۳۵/۰۶۲	۰/۶۸۰	۲۸/۸۱۲	۱/۶۴۱	۲۴	۲/۱۹۰
	پیگیری	۳۴/۵۰۰	۰/۶۳۲	۲۷/۸۱۲	۱/۶۴۱	۲۴/۱۸۷	۲/۲۲۷
امیدواری	پیش‌آزمون	۱۹/۲۵۰	۲/۱۴۴	۲۰/۶۲۵	۲/۱۸۷	۲۰/۸۱۲	۲/۳۱۵
	پس‌آزمون	۲۸/۱۲۵	۱/۷۰۷	۲۵/۶۸۷	۱/۸۵۱	۲۱/۱۸۷	۱/۹۳۹
	پیگیری	۲۷/۳۷۵	۱/۲۵۸	۲۴/۹۳۷	۱/۸۷۸	۲۲/۲۵۰	۱/۳۹۰
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۲۰/۳۷۵	۲/۳۰۵	۲۱/۱۲۵	۱/۷۰۷	۲۱/۰۶۲	۱/۰۶۲
	پس‌آزمون	۳۰/۹۳۷	۱/۸۴۲	۲۵/۱۸۷	۲/۱۹۷	۲۱/۳۱۲	۱/۱۹۵
	پیگیری	۳۱/۵۶۲	۱/۵۹۰	۲۴/۴۳۷	۱/۹۳۱	۲۰/۹۳۷	۱/۲۸۹
خوش‌بینی	پیش‌آزمون	۲۰/۸۱۲	۱/۶۴۱	۱۹/۷۵۰	۲/۷۴۴	۲۰/۳۷۵	۱/۲۰۴
	پس‌آزمون	۲۷/۳۷۵	۱/۲۵۸	۲۴/۸۷۵	۲/۶۸۰	۲۱/۰۶۲	۲/۰۱۵
	پیگیری	۲۶/۰۶۲	۱/۳۴۰	۲۴/۳۱۲	۲/۰۸۸	۲۰/۳۷۵	۱/۹۹۵

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیر	منابع تغییرات	میانگین مجذورات آزمایش	درجات آزادی	میانگین مجذورات خطا	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
نمرهٔ کل	اثر گروه	۵۱۸۴/۹۲۴	۲	۵۴/۴۶۸	۹۵/۱۹۳	<۰/۰۰۱	۰/۸۰۹
سرمایه‌های	اثر زمان	۱۰۶۴۱/۷۵۷	۱/۱۳۵	۱۸/۲۴۶	۵۸۳/۲۲۶	<۰/۰۰۱	۰/۹۲۸
روان‌شناختی	اثر متقابل زمان و گروه	۲۸۵۱/۰۱۸	۲/۲۷۰	۱۸/۲۴۶	۱۵۶/۲۵۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۷۴
	اثر گروه	۵۸۴/۰۰۷	۲	۹/۷۷۴	۵۹/۷۵۳	<۰/۰۰۱	۰/۷۲۶
خودکارآمدی	اثر زمان	۸۳۰/۹۶۱	۱/۳۵۴	۴/۲۱۱	۱۹۷/۳۱۹	<۰/۰۰۱	۰/۸۱۴
	اثر متقابل زمان و گروه	۲۵۷/۰۲۵	۲/۷۰۸	۴/۲۱۱	۶۱/۰۳۳	<۰/۰۰۱	۰/۷۳۱
	اثر گروه	۱۲۳/۱۱۱	۲	۷/۱۴۸	۱۷/۲۲۳	<۰/۰۰۱	۰/۴۳۴
امیدواری	اثر زمان	۵۳۵/۵۲۴	۱/۴۲۴	۲/۴۴۷	۲۱۸/۸۵۹	<۰/۰۰۱	۰/۸۲۹
	اثر متقابل زمان و گروه	۹۵/۶۲۵	۲/۸۴۹	۲/۴۴۷	۳۹/۰۸۰	<۰/۰۰۱	۰/۶۳۵
	اثر گروه	۵۲۰/۰۲۱	۲	۴/۰۶۱	۱۲۸/۰۶۴	<۰/۰۰۱	۰/۸۵۱
تاب‌آوری	اثر زمان	۳۸۰/۵۸۳	۱/۸۸۳	۲/۴۵۹	۱۵۴/۷۵۵	<۰/۰۰۱	۰/۷۷۵
	اثر متقابل زمان و گروه	۱۶۳/۵۴۲	۳/۷۶۶	۲/۴۵۹	۶۶/۵۰۰	<۰/۰۰۱	۰/۷۴۷
	اثر گروه	۲۰۷/۷۱۵	۲	۷/۹۲۹	۲۶/۱۹۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۳۸
خوش‌بینی	اثر زمان	۲۴۷/۱۹۵	۱/۷۰۲	۱/۹۶۷	۱۲۵/۶۷۲	<۰/۰۰۱	۰/۷۳۶
	اثر زمان و گروه	۵۱/۲۲۴	۳/۴۰۵	۱/۹۶۷	۲۶/۰۴۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۳۶

باتوجه به جدول ۵، میانگین نمرات گروه‌های آزمایش در متغیر سرمایه‌های روان‌شناختی و زیرمؤلفه‌های خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه تفاوت داشت و حاکی‌از افزایش نمرات در این دو گروه بود. شایان ذکر است، برای بررسی فرض نرمال‌بودن توزیع متغیر وابسته از آزمون شاپیرو–ویلکز استفاده شد. نتایج برای نمرهٔ کل سرمایه‌های روان‌شناختی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای گروه درمان پذیرش و تعهد، گروه آموزش خودمدیریتی و گروه گواه دارای توزیع نرمال بود (p>۰/۰۵). همچنین علاوه‌بر نمرهٔ کل، برای زیرمولفه‌های خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی مقدار احتمال بیشتر از ۰/۰۵ به‌دست آمد که فرض نرمالیتی را رد نکرد. آمارهٔ آزمون لون برای هیچ‌یک از متغیرهای تحقیق معنادار نبود (p>۰/۰۵)؛ بنابراین

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

شرط همگنی واریانس برای نمرهٔ کل سرمایه‌های روان‌شناختی و مؤلفه‌های خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی در سه مرحله برقرار بود.

بررسی نتایج آزمون کرویت‌موچلی نشان داد، فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی برای متغیرهای نمرهٔ کل سرمایه‌های روان‌شناختی (۰/۲۳۸) و مؤلفه‌های خودکارآمدی (۰/۵۲۳)، امیدواری (۰/۵۹۶) و خوش‌بینی (۰/۸۲۵) برقرار نیست ($p<۰/۰۵$)؛ ازاین‌رو، باتوجه به اینکه برای آزمون گرین‌هاوس‌گیسر مقدار اپسیلون کوچک‌تر از ۰/۷۵ به‌دست آمد، از آزمون گرین‌هاوس‌گیسر استفاده شد. براساس جدول ۶ و نمودارهای شکل ۱، درمان تعهد و پذیرش و درمان خودمدیریتی برای گروه‌های آزمایش موجب افزایش نمرهٔ کل سرمایهٔ روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن شامل خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی درمقایسه با گروه گواه شد. ($p<۰/۰۰۱$)؛ همچنین اثر زمان در نمرهٔ کل سرمایهٔ روان‌شناختی و تمامی مؤلفه‌های آن (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی) معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$)؛ بنابراین بین سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در این متغیرها، تفاوت وجود داشت. همچنین نتایج جدول ۶ مشخص کرد، اثر متقابل گروه و زمان در نمرهٔ کل سرمایهٔ روان‌شناختی و تمامی مؤلفه‌های آن (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی) معنادار است ($p<۰/۰۰۱$)؛ بنابراین اثر زمان روی گروه‌ها متفاوت بود. برای مقایسهٔ زوجی گروه‌ها و زمان‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جداول ۷ و ۸ ارائه شده است.

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ زوجی گروه‌ها

	گروه مبنا	گروه مقایسه‌شده	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
نمرهٔ کل سرمایه‌های روان‌شناختی	درمان تعهد و پذیرش	آموزش خودمدیریتی	۱۱/۰۸۳	۱/۵۰۶	<۰/۰۰۱
		گواه	۲۰/۷۷۱	۱/۵۰۶	<۰/۰۰۱
	آموزش خودمدیریتی	درمان تعهد و پذیرش	ـ۱۱/۰۸۳	۱/۵۰۶	<۰/۰۰۱
		گواه	۹/۶۸۸	۱/۵۰۶	<۰/۰۰۱
	گواه	درمان تعهد و پذیرش	ـ۲۰/۷۷۱	۱/۵۰۶	<۰/۰۰۱
		آموزش خودمدیریتی	ـ۹/۶۸۸	۱/۵۰۶	<۰/۰۰۱
خودکارآمدی	درمان تعهد و پذیرش	آموزش خودمدیریتی	۴/۱۰۴	۰/۶۳۸	<۰/۰۰۱
		گواه	۶/۹۳۸	۰/۶۳۸	<۰/۰۰۱
	آموزش خودمدیریتی	درمان تعهد و پذیرش	ـ۴/۱۰۴	۰/۶۳۸	<۰/۰۰۱
		گواه	۲/۸۳۳	۰/۶۳۸	<۰/۰۰۱
	گواه	درمان تعهد و پذیرش	ـ۶/۹۳۸	۰/۶۳۸	<۰/۰۰۱
		آموزش خودمدیریتی	ـ۲/۸۳۳	۰/۶۳۸	<۰/۰۰۱
امیدواری	درمان تعهد و پذیرش	آموزش خودمدیریتی	۱/۱۶۷	۰/۵۴۶	۰/۱۱۴
		گواه	۳/۱۶۷	۰/۵۴۶	<۰/۰۰۱
	آموزش خودمدیریتی	درمان تعهد و پذیرش	ـ۱/۱۶۷	۰/۵۴۶	۰/۱۱۴
		گواه	۲/۰۰۰	۰/۵۴۶	۰/۰۰۲
	گواه	درمان تعهد و پذیرش	ـ۳/۱۶۷	۰/۵۴۶	<۰/۰۰۱
		آموزش خودمدیریتی	ـ۲/۰۰۰	۰/۵۴۶	۰/۰۰۲
تاب‌آوری	درمان تعهد و پذیرش	آموزش خودمدیریتی	۴/۰۴۲	۰/۴۱۱	<۰/۰۰۱
		گواه	۶/۵۲۱	۰/۴۱۱	<۰/۰۰۱
	آموزش خودمدیریتی	درمان تعهد و پذیرش	۴/۰۴۲	۰/۴۱۱	<۰/۰۰۱
		گواه	۲/۴۷۹	۰/۴۱۱	<۰/۰۰۱
	گواه	درمان تعهد و پذیرش	ـ۶/۵۲۱	۰/۴۱۱	<۰/۰۰۱
		آموزش خودمدیریتی	ـ۲/۴۷۹	۰/۴۱۱	<۰/۰۰۱
خوش‌بینی	درمان تعهد و پذیرش	آموزش خودمدیریتی	۱/۷۷۱	۰/۵۷۵	۰/۰۱۱
		گواه	۴/۱۴۶	۰/۵۷۵	<۰/۰۰۱
	آموزش خودمدیریتی	درمان تعهد و پذیرش	ـ۱/۷۷۱	۰/۵۷۵	۰/۰۱۱
		گواه	۲/۳۷۵	۰/۵۷۵	<۰/۰۰۱
	گواه	درمان تعهد و پذیرش	ـ۴/۱۴۶	۰/۵۷۵	<۰/۰۰۱
		آموزش خودمدیریتی	ـ۲/۳۷۵	۰/۵۷۵	<۰/۰۰۱

باتوجه به نتایج جدول ۷، نتایج آزمون بونفرونی حاکی‌از تفاوت گروه‌های آزمایش با گروه گواه برای متغیرهای نمرهٔ کل سرمایهٔ روان‌شناختی ($p<۰/۰۰۱$) و مؤلفه‌های خودکارآمدی ($p<۰/۰۰۱$)، امیدواری ($p<۰/۰۰۱$)، تاب‌آوری ($p<۰/۰۰۱$) و خوش‌بینی ($p<۰/۰۰۱$) بود.

باتوجه به نتایج جدول ۸، نتایج آزمون بونفرونی بیانگر تفاوت معنادار

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

مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و نیز پس‌آزمون با پیگیری برای متغیرهای نمرهٔ کل سرمایهٔ روان‌شناختی، امیدواری و خوش‌بینی بود ($p<۰/۰۵$). همچنین نتایج نشان‌دهندهٔ تفاوت معنادار مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیرهای خودکارآمدی و تاب‌آوری بود ($p<۰/۰۵$)؛ اما پس‌آزمون با پیگیری در متغیرهای خودکارآمدی و تاب‌آوری تفاوت معناداری نداشت ($p>۰/۰۵$).

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ زوجی زمان‌ها

			تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
نمرهٔ کل سرمایه‌های روان‌شناختی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۲۰/۳۳۳	۰/۷۹۷	<۰/۰۰۱
		پیگیری	-۱۸/۳۷۵	۰/۷۷۷	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۲۰/۳۳۳	۰/۷۹۷	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۱/۹۵۸	۰/۲۳۵	<۰/۰۰۱
	پیگیری	پیش‌آزمون	۱۸/۳۷۵	۰/۷۷۷	<۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	-۱/۹۵۸	۰/۲۳۵	<۰/۰۰۱
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۶/۱۴۶	۰/۴۰۹	<۰/۰۰۱
		پیگیری	-۵/۶۸۸	۰/۳۹۰	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۶/۱۴۶	۰/۴۰۹	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۰/۴۵۸	۰/۱۹۳	۰/۰۶۵
	پیگیری	پیش‌آزمون	۵/۶۸۸	۰/۳۹۰	<۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	-۰/۴۵۸	۰/۱۹۳	۰/۰۶۵
امیدواری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۵/۱۰۴	۰/۳۳۹	<۰/۰۰۱
		پیگیری	-۴/۶۲۵	۰/۲۵۹	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۵/۱۰۴	۰/۳۳۹	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۰/۴۷۹	۰/۱۸۹	۰/۰۴۴
	پیگیری	پیش‌آزمون	۴/۶۲۵	۰/۲۵۹	<۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	-۰/۴۷۹	۰/۱۸۹	۰/۰۴۴
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۴/۹۵۸	۰/۳۱۶	<۰/۰۰۱
		پیگیری	-۴/۷۹۲	۰/۳۵۵	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۴/۹۵۸	۰/۳۱۶	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۰/۱۶۷	۰/۲۸۶	۱/۰۰۰
	پیگیری	پیش‌آزمون	۴/۷۹۲	۰/۳۵۵	<۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	-۰/۱۶۷	۰/۲۸۶	۱/۰۰۰
خوش‌بینی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۴/۱۲۵	۰/۲۸۵	<۰/۰۰۱
		پیگیری	-۳/۲۷۱	۰/۳۱۵	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۴/۱۲۵	۰/۲۸۵	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۰/۸۵۴	۰/۲۱۴	<۰/۰۰۱
	پیگیری	پیش‌آزمون	۳/۲۷۱	۰/۳۱۵	<۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	۰/۸۵۴	۰/۲۱۴	<۰/۰۰۱

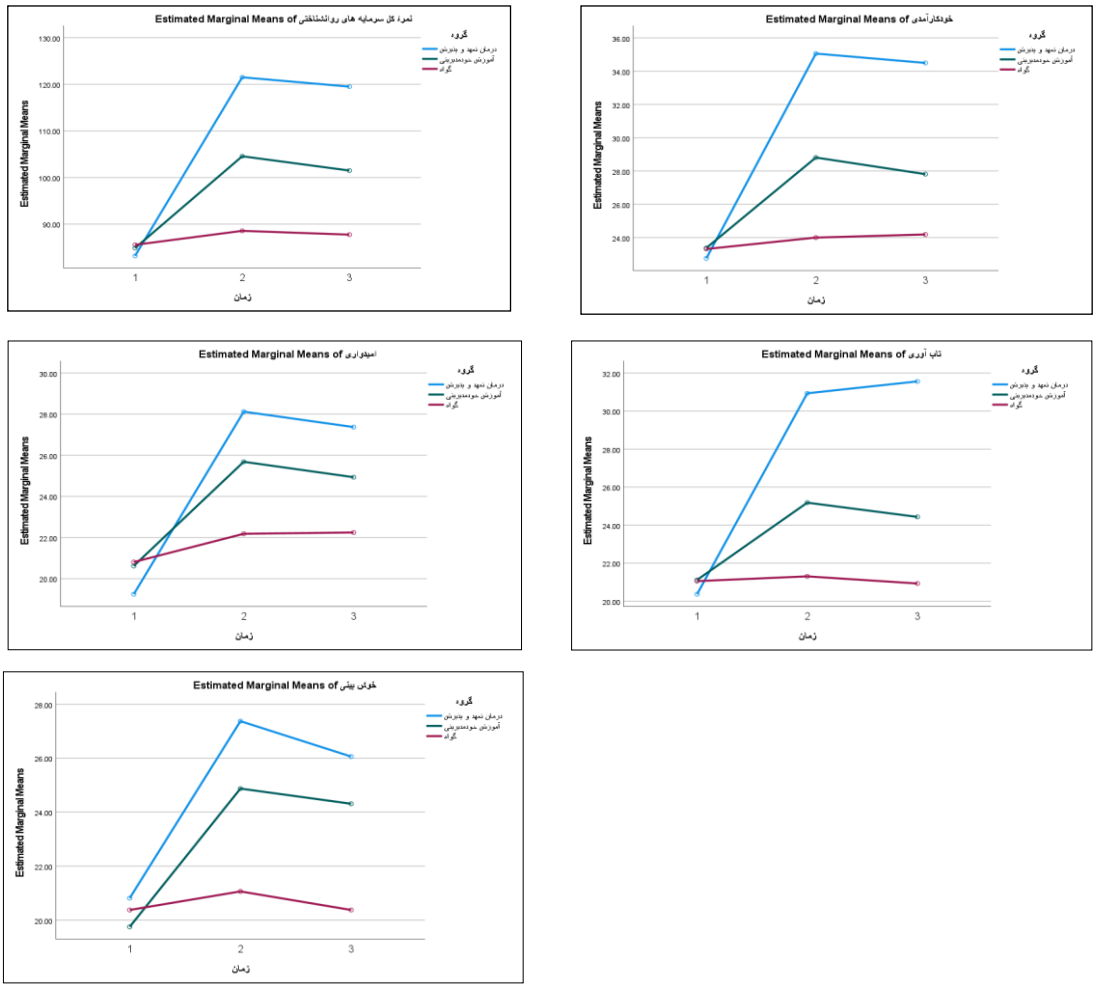
جدول ۹. نتایج آزمون بونفرونی مبنی‌بر مقایسهٔ زوجی گروه‌ها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیر سرمایه‌های روان‌شناختی

متغیر	مرحله	تفاوت میانگین a و c	خطای معیار	مقدار احتمال	تفاوت میانگین b و c	خطای معیار	مقدار احتمال	تفاوت میانگین a و b	خطای معیار	مقدار احتمال
نمرهٔ کل سرمایه‌های روان‌شناختی	پیش‌آزمون	-۲/۳۷۵	۲/۳۱۹	۰/۹۳۴	-۰/۶۸۷	۲/۳۱۹	۱	-۱/۶۸۷	۲/۳۱۹	۱
	پس‌آزمون	۳۲/۹۳۷	۱/۴۱۸	۰/۰۰۱	۱۶	۱/۴۱۸	۰/۰۰۱	۱۶/۹۳۷	۱/۴۱۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	۳۱/۷۵۰	۱/۴۱۷	۰/۰۰۱	۱۳/۷۵۰	۱/۴۱۷	۰/۰۰۱	۱۸	۱/۴۱۷	۰/۰۰۱
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	-۰/۵۶۲	۱/۱۲۵	۱	۰/۰۶۲	۱/۱۲۵	۱	-۰/۶۲۵	۱/۱۲۵	۱
	پس‌آزمون	۱۱/۰۶۲	۰/۵۷۵	۰/۰۰۱	۴/۸۱۲	۰/۵۷۵	۰/۰۰۱	۶/۲۵۰	۰/۵۷۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۰/۳۱۲	۰/۵۷۹	۰/۰۰۱	۳/۶۲۵	۰/۵۷۹	۰/۰۰۱	۶/۶۸۷	۰/۵۷۹	۰/۰۰۱
امیدواری	پیش‌آزمون	-۱/۵۶۲	۰/۷۸۳	۰/۱۵۷	-۰/۱۸۷	۰/۷۸۳	۱	-۱/۳۷۵	۰/۷۸۳	۰/۲۵۹

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

متغیر	مرحله	تفاوت میانگین a و c	خطای معیار	مقدار احتمال	تفاوت میانگینb و c	خطای معیار	مقدار احتمال	تفاوت میانگین a و b	خطای معیار	مقدار احتمال
	پس‌آزمون	۵/۹۳۷	۰/۶۴۸	۰/۰۰۱	۳/۵۰۰	۰/۶۴۸	۰/۰۰۱	۲/۴۳۷	۰/۶۴۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	۵/۱۲۵	۰/۵۴۱	۰/۰۰۱	۲/۶۸۷	۰/۵۴۱	۰/۰۰۱	۲/۴۳۷	۰/۵۴۱	۰/۰۰۱
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	ـ۰/۶۸۷	۰/۶۲۴	۰/۸۳۱	۰/۰۶۲	۰/۶۲۴	۱	-/۷۵۰	۰/۶۲۴	۰/۷۰۸
	پس‌آزمون	۹/۶۲۵	۰/۶۳۴	۰/۰۰۱	۳/۸۷۵	۰/۶۳۴	۰/۰۰۱	۵/۷۵۰	۰/۶۳۴	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۰/۶۲۵	۰/۵۷۴	۰/۰۰۱	۳/۵۰۰	۰/۵۷۴	۰/۰۰۱	۷/۱۲۵	۰/۵۷۴	۰/۰۰۱
خوش‌بینی	پیش‌آزمون	۰/۴۳۷	۰/۶۹۷	۱	ـ۰/۶۲۵	۰/۶۹۷	۱	۱/۰۶۲	۰/۶۹۷	۰/۴۰۴
	پس‌آزمون	۶/۳۱۲	۰/۷۳۱	۰/۰۰۱	۳/۸۱۲	۰/۷۳۱	۰/۰۰۱	۲/۵۰۰	۰/۷۳۱	۰/۰۰۴
	پیگیری	۵/۶۸۷	۰/۶۵۰	۰/۰۰۱	۳/۹۳۷	۰/۶۵۰	۰/۰۰۱	۱/۷۵۰	۰/۶۵۰	۰/۰۳۰

a: درمان پذیرش و تعهد؛ b: آموزش خودمدیریتی؛ c: گواه



شکل ۱. نمودار تغییرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های درمان تعهد و پذیرش، آموزش خودمدیریتی و گواه

همان‌طورکه نتایج جداول ۷، ۸ و ۹ نشان می‌دهد و در شکل ۱ در قالب نمودار تغییرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های درمان تعهد و پذیرش، آموزش خودمدیریتی و گواه ارائه شده است، تفاوت میانگین گروه پذیرش و تعهد با گروه گواه، همچنین تفاوت میانگین گروه آموزش خودمدیریتی با گروه گواه در مرحلهٔ پیش‌آزمون در نمرهٔ کل سرمایه‌های روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن (خودکارآمدی، تاب‌آوری، امیدواری، خوش‌بینی) معنادار نیست (p>۰/۰۵)؛ این یافته نشان داد، بین گروه‌های آزمایش و گواه در مرحلهٔ پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد و گروه‌ها همگن است. تفاوت میانگین گروه‌های آزمایش با گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در نمرهٔ کل سرمایه‌های روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن معنادار بود (p<۰/۰۰۱)؛ این یافته مشخص کرد که میانگین گروه‌های آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون به‌صورت معناداری بیشتر از میانگین گروه گواه است. بر این اساس می‌توان گفت، اثربخشی هر دو گروه آزمایش (درمان مبتنی‌بر پذیرش و

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

تعهد و آموزش خودمدیریتی) بر افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن (خودکارآمدی، تاب‌آوری، امیدواری، خوش‌بینی) در گروه نمونه بیشتر از گروه گواه است. همچنین با گذشت زمان این اثربخشی تا حدود زیادی پایداری نشان داد ($p<۰/۰۰۱$).

در مرحلهٔ پیش‌آزمون مقایسهٔ تفاوت میانگین گروه‌های درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و آموزش خودمدیریتی در نمرهٔ کل سرمایه‌های روان‌شناختی و تمامی مؤلفه‌های آن (خودکارآمدی، تاب‌آوری، امیدواری، خوش‌بینی) معنادار نبود ($p>۰/۰۵$)؛ این یافته مشخص کرد که بین گروه‌های درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و آموزش خودمدیریتی در مرحلهٔ پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد و گروه‌ها همگن است. تفاوت میانگین گروه‌های درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و آموزش خودمدیریتی در مرحلهٔ پس‌آزمون در نمرهٔ کل سرمایه‌های روان‌شناختی و تمامی مؤلفه‌های آن معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$)؛ این یافته نشان داد، بین گروه‌های درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و آموزش خودمدیریتی در مرحلهٔ پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد؛ به این معنا که گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد درمقایسه با گروه آموزش خودمدیریتی بر افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن (خودکارآمدی، تاب‌آوری، امیدواری، خوش‌بینی) در زنان مبتلا به دیابت نوع دو با مقاومت روان‌شناختی به انسولین تأثیر بیشتری دارد. همچنین با گذشت زمان این اثربخشی تا حدود زیادی پایدار بود ($p<۰/۰۰۱$).

۴ بحث

هدف مطالعهٔ حاضر مقایسهٔ اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و آموزش خودمدیریتی بر سرمایه‌های روان‌شناختی زنان مبتلا به دیابت نوع دو با مقاومت روان‌شناختی به انسولین بود. همان‌گونه که نتایج پژوهش نشان داد، مداخلهٔ گروه آموزش خودمدیریتی، در افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی زنان مبتلا به دیابت نوع دو با مقاومت روان‌شناختی به انسولین، مؤثرتر از گروه گواه است. این یافته با نتایج وانگ و همکاران (۱۰) و شروز و همکاران (۱۱) همسوست. در تبیین تأثیر خودمدیریتی بر سرمایهٔ روان‌شناختی می‌توان گفت، باتوجه به ماهیت جلسات خودمدیریتی که مشارکت فعال بیماران را در طراحی هدف برای دستیابی به درمان می‌طلبد و همچنین مذاکره و همکاری مستمر بیمار و ارائه‌دهندگان مراقبت سلامتی، دور از ذهن نیست که این خودانگیختگی و حمایت بتواند منجربه امید و خودکارآمدی بیماران مزمن شود. مداخلات خودمدیریتی و روان‌شناختی، باتوجه به محتویات جلسات، خود باعث ایجاد تغییرات مثبت در افکار، گسترش دانش بهداشتی و ایجاد مهارت‌های بهداشتی در بیماران می‌شود که در خودکارآمدی، تاب‌آوری و امید آن‌ها مؤثر است (۱۱)؛ همچنین مشارکت افراد ازجمله تجزیه‌وتحلیل نیازها و ترجیحات و قابلیت پذیرش به اجزای تغییر رفتار در مدیریت خود می‌تواند از عوامل مهم اثربخشی این درمان باشد (۱۰). در تبیینی دیگر باتوجه به اینکه افراد مبتلا به دیابت نوع دو در حالت عادی نیاز به خودمراقبتی شامل رژیم غذایی، ورزش، مصرف دارو (انسولین یا عوامل افت قند خون خوراکی)، خودنظارتی بر قند خون و... دارند تا از عوارض کوتاه‌مدت و بلندمدت بیماری در امان بمانند، مراقبت از خود به‌عنوان سنگ بنای مراقبت از دیابت در نظر گرفته می‌شود؛ درنتیجه برنامه‌ای درمانی مانند آموزش خودمدیریتی در مطالعهٔ حاضر که بتواند این رعایت و پایبندی را در رابطه با مراقبت از خود ایجاد کند، می‌تواند منجربه نتیجهٔ مطلوب شود (۱۲). این مطالعه با پژوهش کویجرو همکاران (۲۵) ناهمسوست. کویجر و همکاران یکی از دلایل این نتیجه را چنین توضیح دادند که ممکن است بیماران در ابتدا، خودکارآمدی خود را درقبال مدیریت بیماری بیش‌برآورد کرده باشند و در طول مداخله و بعد از اینکه یاد گرفتند مهارکردن مطلوب بیماری بسیار بیشتر از تصورشان است، با تغییر استانداردهای خود در زمینهٔ مدیریت خوب بیماری، باوجود تغییر در کیفیت زندگی، افزایش معناداری در خودکارآمدی نشان ندادند (۲۵). ازطرفی ممکن است از آغاز بیماران به‌درستی انتخاب نشدند؛ یعنی در بین گروه آزمایش افرادی باشند که پیش از این به‌روش‌های دیگر، بیماری خود را به‌خوبی مدیریت کردند و بعد از دریافت مداخلهٔ جدید، تغییر معناداری اتفاق نیفتد. علاوه‌بر این مطالب، همان‌طورکه محققان این مطالعه اذعان داشتند، رفتارهای تجویزی در پرسشنامهٔ رفتارهای خودمراقبتی دیابت[1] استفاده‌شده به‌قدری زیاد و سخت بود که صرفاً در پیشرفت‌های بسیار زیاد، تغییرات معنادار اتفاق می‌افتد؛ بنابراین پژوهشگران این مطالعه، ابزار مناسب‌تری برای ارزیابی نتایج مداخله در تحقیقات آینده پیشنهاد دادند.

یافتهٔ دیگر پژوهش حاضر مشخص کرد، اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سرمایه‌های روان‌شناختی گروه نمونه درمقایسه با گروه گواه و آموزش خودمدیریتی بیشتر است؛ به‌طوری‌که تمامی مؤلفه‌های سرمایهٔ روان‌شناختی (خودکارآمدی، تاب‌آوری، امیدواری، خوش‌بینی) در گروه درمان پذیرش و تعهد، افزایش بیشتری درمقایسه با گروه خودمدیریتی نشان داد. این یافته با نتایج مطالعهٔ باغبان و همکاران، همسوست. آن‌ها دریافتند، درمان اکت بر سرمایه‌های روان‌شناختی و تمامی مؤلفه‌های آن در افراد مبتلا به دیابت نوع دو مؤثر است (۱۵). پژوهش بندیگ و همکاران نیز این نتیجه را تأیید کرد. زندگی با دیابت چالش‌برانگیز و به‌همراه بسیاری از الزامات است که باید در زندگی روزمره مدنظر و تسلط قرار گیرد. الزامات دربرگیرندهٔ نظارت دائمی، پایبندی به برنامه‌های درمانی پیچیده و ترویج مکانیزم‌های مقابله با بیماری است. پریشانی که شامل واکنش‌های احساسی منفی مانند نگرانی و ترس از عوارض احتمالی، سرخوردگی به‌دلیل محدودیت‌های درک‌شده دربارهٔ شیوهٔ زندگی یا نتایج درمانی غیرمطلوب است، به‌دلیل عوارض سخت و پیشروندهٔ دیابت تجربه می‌شود که همهٔ این موضوعات استرس دیابت را افزایش می‌دهد؛ ازاین‌رو درمان پذیرش و تعهد می‌تواند به‌علت آموزش عملی مبتنی‌بر ارزش با تمایل به عمل براساس اهداف شخصی معنادار و پذیرش هیجاناتی چون اضطراب، تحریک‌پذیری، ترس، خطر و آشفتگی ناشی‌از کنارآمدن با بیماری، اثربخش باشد (۲۶). همچنین همسو با مطالعهٔ غفارزاده و همکاران، می‌توان این‌گونه تبیین کرد که در درمان اکت به‌جای آموزش راهبردهای

[1]. Summary of Diabetes Self-care Activities (SDSCA)

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

بیشتر یا بهتر برای تغییر یا کاهش افکار و احساسات ناخواسته، به افراد دچار بیماری آموزش داده می‌شود تا با آگاهی و مشاهدهٔ افکار و احساسات منفی خود، آن‌ها را همان‌گونه که هستند، بپذیرند. در این روش بیماران نه‌تنها به‌عنوان افرادی شکست‌خورده، آسیب‌دیده و ناامید دیده نمی‌شوند، بلکه به آن‌ها به‌منزلهٔ انسان‌هایی می‌نگرند که قدرت مواجههٔ مؤثر را با احساسات و رفتارهای منفی خود دارند؛ درنتیجه تاب‌آوری، امید و خودکارآمدی در آن‌ها افزایش می‌یابد (۹).

باتوجه به اینکه بیماری دیابت پیامدهای ناخوشایند بسیاری دارد که علاوه‌بر عوارض جسمانی، سلامت روان شخص مبتلا، همچنین ارتباطات و روابط خانوادگی و اجتماعی او را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد، فرد به‌علت ناخوشایندبودن این حالات و برای رهایی از آن‌ها دست به اجتناب تجربه‌ای می‌زند که نتیجهٔ آن انزوا، کاهش رفتارهای مراقبتی و مشکلات بین‌فردی است (۲۷،۱۱). این تبیین، همسو با پژوهش اسمیت و همکاران است که نشان دادند اجتناب تجربه‌ای، باعث نپذیرفتن بیماری در مبتلایان به دیابت و درنتیجه سبب پایبندنبودن به رفتارهای خودمراقبتی و افزایش پریشانی‌های هیجانی می‌شود. به‌عبارتی این چرخه ادامه خواهد یافت و بر عوارض بیماری می‌افزاید (۲۸). در روش اکت به افراد آموزش داده می‌شود با افزایش پذیرش روانی، وضعیت زندگی خود را بهبود بخشند، به ارزش‌های شخصی برسند و مشکلات اجتناب‌ناپذیر را از سر راه بردارند و از این طریق سبب افزایش سلامت و بهزیستی خود شوند. درواقع رویارویی فعال و مؤثر با احساسات، پرهیز از اجتناب، تغییر نگاه به خود و چالش‌ها، بازنگری در ارزش‌ها و اهداف زندگی و درنهایت تعهد به هدف را می‌توان جزو عوامل اصلی این درمان دانست (۲۹).

بیماران مزمن مانند دیابت، بیشتر درمعرض مشکلات عاطفی هم‌زمان مانند افسردگی، اضطراب و نگرانی قرار دارند. آن‌ها اغلب دارای اختلالات عملکردی بیشتری مانند مشکلات بین‌فردی، بیکاری و مشکلات مربوط به خودمراقبتی مستقل هستند. همچنین تمایل دارند سطح تجربهٔ در ارتباط با درد را فاجعه‌بار توصیف کنند؛ بنابراین، معمولاً با استفاده از هرگونه تمرین درمان اکت که شامل تماس با تجربهٔ احساسی مستقیم است، این امر کم‌رنگ می‌شود. فعالیت‌های درمانی برای این گروه شامل آموزش تجربیات احساسی در درد و تقویت استراتژی‌های پذیرش بیماری است؛ همچنین در مهارت‌های خنثی‌سازی، بیمار تشویق می‌شود تا در فعالیت‌های اجتماعی که مهارت‌های پذیرش را تقویت می‌کند، شرکت نماید (۲۳). ازسویی وجودنداشتن درمان کامل بیماری دیابت سبب می‌شود این افراد امیدشان را از دست بدهند (۳۰). برخی پژوهشگران چون مارسچین و گالری در مطالعات خود به نشانه‌هایی از خودکارآمدی ضعیف و سطح کم خوش‌بینی و امیدواری در بیماران مبتلا به دیابت، دست یافتند؛ این در حالی است که طبق تحقیقات مارسچین و همکاران، سرمایهٔ روان‌شناختی از شروط سلامت در بیماران دیابت نوع دو گزارش شد (۳۱). بر این اساس با درنظرگرفتن مؤلفه‌های درمان مذکور، تکنیک‌های موجود در درمان پذیرش و تعهد همچون ذهن‌آگاهی و پذیرش می‌توانند به‌عنوان روشی به‌منظور امیدواری بیماران مبتلا به دیابت و کنارآمدن با چالش‌های روانی این بیماری مزمن، مفید واقع شوند (۳۰).

پژوهش حاضر مانند هر مطالعهٔ دیگری با موانعی روبه‌رو بود. از محدودیت‌های مطالعهٔ حاضر این بود که پژوهش روی زنان انجام شد و تعمیم نتایج به مردان دشوار است؛ همچنین دورهٔ پیگیری صرفاً دو ماه بود و پایداری بلندمدت را تضمین نمی‌کند؛ علاوه‌براین، برنامهٔ آموزشی خودمدیریتی استفاده‌شده در این پژوهش از نظر تعداد جلسات کمتر از برنامهٔ درمانی پذیرش و تعهد بود و ممکن است با افزایش جلسات، اثربخشی بیشتری مشاهده شود.

به پژوهشگران علاقه‌مند پیشنهاد می‌شود تحقیقاتی با روش‌های مداخلهٔ مشابه روی مردان یا به‌صورت مقایسهٔ جنسیتی انجام پذیرد. همچنین اجرای دوره‌های پیگیری طولانی‌تر و با دفعات توصیه می‌شود. اگرچه متغیر وابسته در این پژوهش، یک متغیر روان‌شناختی بود، باتوجه به مطالعات پیشین، اندازه‌گیری تغییرات وضعیت متابولیک مبتلایان ازجمله قند خون و هموگلوبین گلیکوزیله نیز حائز اهمیت است و به‌عنوان متغیر وابستهٔ دیگر توصیه می‌شود. علاوه‌براین مطالب، استفاده یا طراحی برنامهٔ آموزشی خودمدیریتی بیماران دیابت با تعداد جلسات مساوی با مداخلهٔ مقایسه‌شده در مطالعات آینده ممکن است مفید واقع شود. در پایان، باتوجه به تفاوت اثربخشی درمان اکت و آموزش خودمدیریتی در برخی از ویژگی‌های سلامت بخش بیماران، پیشنهاد می‌شود مطالعاتی به‌منظور بررسی این دو شیوهٔ درمانی به‌صورت تلفیقی انجام گیرد.

۵ نتیجه‌گیری

به‌طور کلی یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد، هر دو درمان بر افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی (تاب‌آوری، خودکارآمدی، خوش‌بینی، امیدواری) زنان مبتلا به دیابت نوع دو با مقاومت روان‌شناختی به انسولین اثربخش است؛ اما درمان پذیرش و تعهد به‌علت مؤلفه‌های روان‌شناختی موجود، از اثربخشی بیشتری برخوردار است. در سطح نتیجه و نیز در سطح فرآیند، این پژوهش از اهمیت درک، پذیرش و وفاداری به درمان برای کمک به بیماران به‌منظور افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی برای مدیریت یک بیماری مزمن و تهدیدکنندهٔ زندگی پشتیبانی می‌کند؛ همچنین نتایج این پژوهش می‌تواند در حل‌وفصل مشکلات مربوط به بیماری دیابت در مراکز مشاورهٔ خصوصی و بیمارستانی استفاده شود.

۶ تشکر و قدردانی

از یکایک شرکت‌کنندگان در این پژوهش که صمیمانه ما را یاری کردند، سپاسگزاریم. همچنین از مساعدت‌های بی‌شائبهٔ اعضای انجمن دیابت استان گیلان، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری رشتهٔ روان‌شناسی عمومی با کد اخلاق 068.1399.IR.IAU.RASHT.REC از کمیتهٔ اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت است. در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی ازجمله کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان و محرمانه

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

نگاه‌داشتن اطلاعات شخصی آزمودنی‌ها رعایت شد.

رضایت‌نامهٔ انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دسترسی به داده‌ها

تمامی داده‌های پشتیبان نتایج گزارش‌شده در مقاله در اختیار نویسندهٔ اول و نویسندهٔ مسئول است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

برای انجام این پژوهش حمایت مالی از نهاد یا سازمان یا دانشگاهی دریافت نشده است.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول است. نویسندهٔ دوم استاد راهنما و نویسندگان سوم و چهارم، اساتید مشاور رساله بودند که پیش‌نویس، بازبینی و اصلاح مقالهٔ حاضر را بر عهده داشتند و نسخهٔ نهایی را قبل از انتشار مطالعه و تأیید کردند.

References

1. Goyal R, Jialal I. Diabetes Mellitus Type 2. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513253/
2. Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, Malanda B, Karuranga S, Unwin N, et al. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. Diabetes Res Clin Pract. 2019;157:107843. https://doi.org/10.1016/j.diabres.2019.107843
3. Lim A, Song Y. The role of psychological insulin resistance in diabetes self-care management. Nurs Open. 2020;7(3):887–94. https://doi.org/10.1002/nop2.462
4. Song Y, Ku BJ, Cho J, Jun Y, Kim B, Nam S. The prevalence of insulin refusal and psychological insulin resistance among Korean patients with type 2 diabetes mellitus. Ann Transl Med. 2019;7(23):760. https://doi.org/10.21037/atm.2019.11.77
5. Duggal D, Sacks-Zimmerman A, Liberta T. The impact of hope and resilience on multiple factors in neurosurgical patients. Cureus. 2016;8(10):e849. https://dx.doi.org/10.7759/cureus.849
6. Ghorbani M, Borjali M, Ahadi H. The effects of mindfulness-based cognitive-behavioral therapy on psychological wellbeing, hope, and quality of life in patients with type 2 diabetes. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2020;10:151. [Persian] https://jdisabilstud.org/article-1-2146-en.pdf
7. Luthans KW, Luthans BC, Chaffin TD. Refining grit in academic performance: the mediational role of psychological capital. Journal of Management Education. 2019;43(1):35–61. https://doi.org/10.1177/1052562918804282
8. Jiang X, Wang J, Lu Y, Jiang H, Li M. Self-efficacy-focused education in persons with diabetes: a systematic review and meta-analysis. Psychol Res Behav Manag. 2019;12:67–79. https://doi.org/10.2147/prbm.s192571
9. Ghaffarzadeh Almasi N, Hajializadeh K, Tajeri B. Effectiveness of stress management and acceptance and commitment therapy in psychological capital among patients with type 2 diabetes. Razavi International Journal of Medicine. 2021;9(2):34–41. https://dx.doi.org/10.30483/rijm.2021.254154.1009
10. Wong SKW, Smith HE, Chua JJS, Griva K, Cartwright EJ, Soong AJ, et al. Effectiveness of self-management interventions in young adults with type 1 and 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Diabetic Medicine. 2020;37(2):229–41. https://doi.org/10.1111/dme.14190
11. Schreurs KMG, Colland VT, Kuijer RG, de Ridder DTD, van Elderen T. Development, content, and process evaluation of a short self-management intervention in patients with chronic diseases requiring self-care behaviours. Patient Educ Couns. 2003;51(2):133–41. https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00197-0
12. Lu Y, Xu J, Zhao W, Han H-R. Measuring self-care in persons with type 2 diabetes: a systematic review. Eval Health Prof. 2016;39(2):131–84. https://doi.org/10.1177/0163278715588927
13. Mukherjee N, Chaturvedi SK. Depressive symptoms and disorders in type 2 diabetes mellitus. Curr Opin Psychiatry. 2019;32(5):416–21. https://doi.org/10.1097/yco.0000000000000528
14. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. Behav Res Ther. 2006;44(1):1–25. https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006
15. Baghban Baghestan A, Aerab Sheibani K, Javedani Masrur M. Acceptance and commitment based therapy on disease perception and psychological capital in patients with type II diabetes. The Horizon of Medical Sciences. 2017;23(2):135–40. [Persian] http://dx.doi.org/10.18869/acadpub.hms.23.2.135
16. Zhang C-Q, Leeming E, Smith P, Chung P-K, Hagger MS, Hayes SC. Acceptance and Commitment therapy for health behavior change: a contextually-driven approach. Front Psychol. 2017;8:2350. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02350
17. Okazaki K, Shingaki T, Cai Z, Perez-Nieves M, Fisher L. Successful healthcare provider strategies to overcome psychological insulin resistance in Japanese patients with type 2 diabetes. Diabetes Ther. 2019;10(5):1823–34. https://doi.org/10.1007/s13300-019-0664-9

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

18. Friedman LM, DeMets DL, Furberg CD, Granger CB, Reboussin DM. Fundamentals of clinical trials. 5th ed. 2015. Cham: Springer International Publishing : Imprint: Springer; 2015, pp:183–88.
19. Luthans F, Avolio BJ, Avey JB, Norman SM. Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. Personnel Psychology. 2007;60(3):541–72. https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2007.00083.x
20. Bahadorikhosroshahi J, Hashemi Nosrat Abad T, Babapur Kheyroddin J. The relationship between social capital and psychological well-being among the students of Tabriz University. Social Cognition. 2015;3(2):44–54. [Persian] http://sc.journals.pnu.ac.ir/mobile/article_1360_49b16afcc83bbb94ba6bce622037bdbc.pdf
21. Rajaei A, Nadi MA, Jafari A. Psychometric characteristics of positive psychological capital scale among staff employees of education in Isfahan. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2017;18(3):94–108. [Persian] http://jsr-p.khuisf.ac.ir/article_538047_d2168bef134d7ac9b38e5041212491a1.pdf
22. Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. Khamseh A. (Persian translator). Tehran: Arjmand Pub; 2004, pp:405–8.
23. Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. Springer; 2005, pp: 315–24.
24. Ahmadi SA, Vaziri S, Ahi G, Lotfi Kashani F, Akbari ME. Comparing the effects of acceptance and commitment therapy and spiritual therapy on psychological distress in patients with breast cancer. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2021;11:36. [Persian] https://jdisabilstud.org/article-1-2500-en.pdf
25. Kuijer RG, Ridder DTDD, Colland VT, Schreurs KMG, Sprangers MAG. Effects of a short self-management intervention for patients with asthma and diabetes: Evaluating health-related quality of life using then-test methodology. Psychology and Health. 2007;22(4):387–411. https://doi.org/10.1080/14768320600843226
26. Bendig E, Bauereiss N, Schmitt A, Albus P, Baumeister H. ACTonDiabetes-a guided psychological internet intervention based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for adults living with type 1 or 2 diabetes: results of a randomised controlled feasibility trial. BMJ open. 2021;11(7): e049238. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049238
27. Peyravi M, Tahmouresi N, Nasli Esfahani E, Moghimbeigi A. Comparing the effects of hope therapy and spiritual therapy on self-care, depression, and hba1c in middle-aged women with type 2 diabetes. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2021;11:63. [Persian] https://jdisabilstud.org/article-1-2375-en.pdf
28. 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. Diabet Med. 2014;31(11):1446–51. https://doi.org/10.1111/dme.12553
29. Hasanzadeh M, Akbari B, Abolghasemi A. Efficiency of acceptance and commitment therapy on psychological well-being and sexual function in women with infertility history. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2019;27(4):250–9. [Persian] http://dx.doi.org/%2010.30699/ajnmc.27.4.250
30. Ghorbani M, Borjali M, Ahadi H. The effects of mindfulness-based cognitive-behavioral therapy on psychological wellbeing, hope, and quality of life in patients with type 2 diabetes. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2020;10:151. [Persian] https://jdisabilstud.org/article-1-2146-en.pdf
31. Baradari E, Kasir S, Amani K, Senobar A. Comparing psychological capitals between the healthy elderly and those with diabetes and hypertension. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2020;10:170. [Persian] https://jdisabilstud.org/article-1-1538-en.pdf

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