

Research Paper



The Comparison Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Anxiety and Life Satisfaction in Patients with Diabetes



Roja Bigdeli¹, Mahboubeh Chinaveh*², Davod Jafari³

1. PhD Student, Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran
2. Assistant Professor, Psychology Department, Pishtazan Higher Education Institute Shiraz, Shiraz Iran
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Malayer Branch, Islamic Azad University, Malayer, Iran.



DOI: 10.22034/JMPR.2024.17339

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_17339.html



ARTICLE INFO

Keywords:
emotion-focused therapy, acceptance and commitment therapy, anxiety, life satisfaction, diabetes

Received: 2023/04/05
Accepted: 2023/05/13
Available: 2024/02/20

ABSTRACT

The purpose of this study was to comparison effectiveness of emotion-focused therapy and acceptance and commitment therapy on anxiety and life satisfaction in patients with diabetes. This semi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design with control group and follow-up 2 month. In this research, the statistical population was all women with type 2 diabetes in Tehran city in year 1401., With using convenience sampling method, 75 people were selected and then randomly divided into 3 groups (each group 25 people) were replaced and experimental groups underwent emotion-focused therapy (8 sessions 90 minutes) and acceptance and commitment therapy (8 sessions 90 minutes), but the control group received no training and remained in the waiting list. To collect data Beck anxiety inventory of Beck and et al and satisfaction with life scale of Diener and et al. Analysis of variance with repeated measures with SPSS software was used for data analysis. The results showed that both interventions had a significant effect on improving anxiety and life satisfaction ($P < 0.05$). In addition, the results of Bonferroni post hoc test showed that acceptance and commitment therapy is more effective in anxiety and life satisfaction ($P < 0.05$). Based on the results of the present study, it can be said that emotion-focused therapy and acceptance and commitment therapy can be used as a treatment method to on anxiety and life satisfaction in patients with diabetes in counseling centers.



* Corresponding Author: Mahboubeh Chinaveh

E-mail: hivachiaveh@gmail.com

مقاله پژوهشی



مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و رضایت از زندگی مبتلایان به دیابت



روجا بیگدلی^۱، محبوبه چین آوه*^۲، داود جعفری^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.
۲. استادیار گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی پيشتازان شیراز، شیراز، ایران.
۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ملایر، دانشگاه آزاد اسلامی، ملایر، ایران.



DOI: 10.22034/JMPR.2024.17339

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_17339.html



چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

درمان هیجان‌مدار، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اضطراب، رضایت از زندگی، دیابت

هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان پذیرش و تعهد بر اضطراب و رضایت از زندگی مبتلایان به دیابت بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. در این پژوهش جامعه آماری کلیه زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۷۵ نفر انتخاب و سپس به شیوه تصادفی ساده در ۳ گروه (هر گروه ۲۵ نفر) جایگزین شدند. سپس گروه‌های آزمایش هر کدام تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان هیجان‌مدار و پذیرش/تعهد قرار گرفتند. از سیاهه اضطراب بک و همکاران و مقیاس رضایت از زندگی داینر و همکاران به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از به‌دست‌آمده از تحلیل واریانس آمیخته با نرم افزار SPSS استفاده شد. نتایج نشان داد هر دو مداخله مذکور اثربخشی معناداری بر بهبود اضطراب و رضایت از زندگی داشته است ($P < 0/05$). نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد که درمان پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری بر اضطراب و رضایت از زندگی دارد ($P < 0/05$). بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توانند به عنوان شیوه‌های درمانی مناسب برای بهبود بر اضطراب و رضایت از زندگی مبتلایان به دیابت در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی به کار برده شوند.

دریافت شده: ۱۴۰۲/۰۱/۰۶

پذیرفته شده: ۱۴۰۲/۰۲/۲۳

منتشر شده: ۱۴۰۲/۱۲/۰۱

* نویسنده مسئول: محبوبه چین آوه
 hivachiaveh@gmail.com

مقدمه

گیرنده‌های اسید چرب آزاد^۱، تنظیم کننده‌های کلیدی اکثر اختلالات متابولیک^۲ هستند و در میان آنها، دیابت^۳ یک اختلال شدید در حال رشد است و در هر گوشه‌ای از جهان یافت می‌شود (لونا^۴ و همکاران، ۲۰۲۳). بیماری دیابت به عنوان یک بیماری جسمانی مزمن در نظر گرفته شده است (سعیدی و همکاران، ۱۴۰۰) که در آن قند یا گلوکز در خون افزایش می‌یابد (انجمن دیابت آمریکا^۵، ۲۰۲۱). این میزان قند و گلوکز می‌تواند توسط هورمون انسولین به انرژی تبدیل شود، اما در بیماری دیابت نوع دو^۶ بدن قادر نیست تا به انسولین پاسخ دهد که این امر سبب می‌شود میزان قند خون بالا رفته که سبب عوارض جدی در فرد بیمار می‌شود (چرنی^۷ و همکاران، ۲۰۲۱). لذا می‌توان گفت که دیابت نوع دو با کمبود نسبی انسولین و مقاومت به انسولین مشخص می‌شود (ساکاموتو^۸ و همکاران، ۲۰۲۲). از سوی دیگر، با افزایش سن جمعیت جهان و بهبود استانداردهای زندگی مردم، تغییر در سبک زندگی کم تحرک (یانگ^۹ و همکاران، ۲۰۲۳) تعداد بیماران مبتلا به دیابت به سرعت در حال افزایش است (لی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۱). بر اساس مدل پزشکی زیستی-روانی-اجتماعی، بیماری دیابت به ویژه نوع ۲ به عنوان یک بیماری مزمن بسیار شایع، توجه بیشتر و بیشتر محققان را به سلامت روان خود جلب کرده است (پائول^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۳). به طوری شیوع آن باعث بروز مشکلاتی روانشناختی متعددی در بیماران از جمله بروز اضطراب^{۱۲} در بیماران شده است (ون^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۳). بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^{۱۴} (DSM-5) اضطراب عبارت از یک حالت روانی یا برانگیختگی شدید که ویژگی‌های اصلی عبارت است از ترس، تردید و نگرانی مفرط و فرد دائماً از این ویژگی‌های در رنج است (انجمن روانپزشکی آمریکا^{۱۵}، ۲۰۱۳).

در تحقیقات مختلف نیز نشان داده شده است که اضطراب در افراد مبتلا به دیابت افزایش یافته (فرناندز-پیسوچی^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۲) و با نتایج ضعیف تر گلیسمی^{۱۷} و مراقبت از خود همراه است (کینتز و گلاناکیس^{۱۸} و همکاران، ۲۰۲۳)، که این شیوع علائم اضطرابی در بیماران مبتلا به دیابت شدت بالاتری در دوران پاندمی کرونا و ویروس داشته است (فیشر^{۱۹} و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین دیابت نوع دو با ایجاد علائم اضطرابی، کیفیت زندگی بیماران

را مختل کرده و همین امر سبب می‌شود که بیماران مبتلا به دیابت رضایت از زندگی^{۲۰} مناسبی را گزارش نکنند (آلاوفه^{۲۱} و همکاران، ۲۰۲۲). رضایت از زندگی یکی از ابعاد اصلی بهزیستی است (وانگ^{۲۲} و همکاران، ۲۰۲۳) که با عوامل روانی مرتبط است و برای سازگاری فرد با شرایط سخت ضروری است (گونزالز-برنال^{۲۳} و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین می‌توان گفت که رضایت از زندگی شامل ارزیابی مثبت شناختی-عاطفی از زندگی خود است (چامیزو-نیتو و ری^{۲۴}، ۲۰۲۳) و این ارزیابی‌ها از واکنش‌های احساسی نسبت به وقایع، به علاوه قضاوت‌های شناختی از رضایت و برآورده شدن خواسته‌ها تشکیل شده‌اند (نگامابا^{۲۵} و همکاران، ۲۰۲۳). لذا رضایت از زندگی به طور فزاینده‌ای به عنوان یک عامل مهم تعیین کننده سلامت شناخته می‌شود و در گروه بیماران مبتلا به دیابت، رضایت ضعیف از زندگی یک عامل خطر مستقل برای بروز مزمن شدن بیماری به شمار می‌رود (روسلا^{۲۶} و همکاران، ۲۰۱۹). بر اساس پیشینه پژوهش، رضایت از زندگی و مدیریت موثر خودمراقبتی نقش مهمی در کنترل دیابت در مبتلایان به دیابت دارد (تونکای و آوسی^{۲۷}، ۲۰۲۰؛ تیمولاک^{۲۸} و همکاران، ۲۰۲۲).

بنابراین بر اساس آنچه گفته شد و برای بهبود مشکلات روانشناختی بیماران لازم است مداخلات روانشناختی و هیجانی بر روی آنان اجرا شود تا شاهد بهبود مشکلات آنان باشیم که در این میان از جمله مداخلات موثر و کارآمد بر روی بیماران مبتلا به دیابت درمان هیجان‌مدار^{۲۹} است (کوکارو^{۳۰} و همکاران، ۲۰۲۲). در درمان هیجان‌مدار^{۳۱} درمانگر نه تنها بر به آگاهی در آوردن محتوای ذهنی است که از جانب درمانجو مورد انکار یا تحریف قرار گرفته است، بلکه ایجاد معنی تازه متأثر از تجربه بدنی درمانجو را نیز در نظر دارد (جانسون، ۲۰۱۲). بر اساس تحقیقات، مداخله هیجان‌مدار می‌تواند باعث کاهش پریشانی ناشی از دیابت و کاهش مشکلات در مدیریت هیجانات بیماران شود (کوکارو و همکاران، ۲۰۲۲). تحقیقات نشان داده‌اند درمان هیجان‌مدار بر کاهش اضطراب بیماران مبتلا به دیابت (حیدریان و همکاران، ۱۳۹۹) و کاهش مشکلات دیگر آنان دارد (کوکارو و همکاران، ۲۰۲۲). از سوی دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۳۲} به مراجعین در زندگی کمک می‌کند که تا به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر از طریق انعطاف-پذیری روانشناختی دست یابند (پائولوس-گانوینیری^{۳۳} و همکاران، ۲۰۲۲). بر اساس تحقیقات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ممکن است هموگلوبین

18. Kintzoglakis
19. Fisher
20. life satisfaction
21. Alaofè
22. Wang
23. Gonzalez-Bernal
24. Chamizo-Nieto & Rey
25. Ngamaba
26. Rosella
27. Tuncay & Avci
28. Timulak
29. emotion-focused couple therapy
30. Cocco
31. emotion-focused couple therapy
32. acceptance and commitment based therapy
33. Paulos-Guarnieri

1. free fatty acid receptors
2. metabolic disorders
3. diabetes mellitus
4. Loona
5. American Diabetes Association
6. Type 2 Diabetes
7. Cherny
8. Sakamoto
9. Yang
10. Li
11. Paul
12. anxiety
13. Wen
14. diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)
15. American Psychiatric Association
16. Fernandez-Picchio
17. Glycemic

که در گروه درمان هیجان مدار ۲۵ نفر، گروه درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد ۲۵ نفر و گروه کنترل ۲۵ نفر جایگزین شد. رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، تشخیص بیماری دیابت نوع دو بر اساس نظر پزشک متخصص، حداقل ۶ ماه تا ۱ سال از زمان تشخیص بیماری دیابت نوع دو گذشته باشد، عدم ابتلا به مشکلات روانشناختی حاد و مزمن بر اساس گزارش خود فرد، عدم شرکت در دوره درمانی موازی و عدم ابتلا به بیماری جسمانی که موجب ناتوانی در شرکت جلسات درمانی باشد از ملاک‌های ورود به پژوهش بود. همچنین غیبت ۲ جلسه‌ای در جلسات درمانی و شرکت همزمان در دیگر دوره‌ها و مداخلات درمانی همزمان با پژوهش از ملاک‌های خروج از پژوهش بود. توضیح اهداف پژوهش برای افراد شرکت کننده، کسب رضایت آگاهانه از آنها، اختیاری بودن پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله درمانی، در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به آنان و ارائه جلسات مداخله به صورت فشرده به گروه کنترل بعد از پس‌آزمون و همچنین کسب کد اخلاق به شماره IR.IAU.B.REC.1401.021 از کارگروه/کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. این تحقیق از آمار توصیفی چون میانگین و انحراف معیار و از آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس مکرر استفاده شد. همچنین برای بررسی مقایسه مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از آزمون تعقیبی بن فرونی و نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

ابزار پژوهش

سیاهه اضطراب^۲ بک (BAI) و همکاران (۱۹۸۸): این سیاهه تک عاملی و بدون خرده مقیاس می‌باشد و شامل ۲۱ سوال است. شیوه نمره-گذاری در طیف ۴ درجه‌ای صورت می‌گیرد به این صورت که اصلا صفر نمره، خفیف (زیاد ناراحت‌م نکرده است) ۱ نمره، متوسط (خیلی ناخوشایند بود اما تحمل کردم) ۲ نمره و شدید (نمی‌توانستم آن را تحمل کنم) ۳ نمره تعلق می‌گیرد (هولفودت^۴ و همکاران، ۲۰۱۹). نمره پرسشنامه در دامنه صفر تا ۶۳ به دست می‌آید. نمره صفر تا ۷ اضطراب بهنجار، ۸ تا ۱۵ اضطراب خفیف تا متوسط، ۱۶ تا ۲۵ اضطراب متوسط تا شدید و ۲۶ تا ۶۳ به عنوان اضطراب شدید دسته بندی می‌شود (ناتالینی^۵ و همکاران، ۲۰۲۱). نقطه برش پرسشنامه نمره ۲۲ و بیشتر از آن است (کوواسویک^۶ و همکاران، ۲۰۲۰). در داخل ایران قابلیت پایایی و روایی سیاهه افسردگی بررسی شده است که در یک پژوهش برای بررسی پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب پایایی برای کل سیاهه ۰/۸۱ گزارش شده است (آریاپوران و همکاران، ۱۴۰۰). در خارج از کشور نیز قابلیت پایایی سیاهه اضطراب بک بررسی شده است که در یک پژوهش توسط سازندگان برای بررسی پایایی سیاهه افسردگی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۹۲ و روایی سیاهه ۰/۶۷ به دست آمده است (بک و همکاران، ۱۹۸۸). در سایر پژوهش‌ها نیز ضریب آلفای کرونباخ سوالات در دامنه ۰/۹۰ تا ۰/۹۴ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی در فاصله ۷ هفته ضریب همبستگی ۰/۶۲ به دست آمده

گلیکوزیله را کاهش دهد و توانایی مراقبت از خود و پذیرش را در میان افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ افزایش دهد (ساکاموتو و همکاران، ۲۰۲۲). بر اساس تحقیقات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کنترل قندخون (صدرهاشمی و همکاران، ۱۴۰۰)، کاهش اضطراب (بندینگ^۱ و همکاران، ۲۰۲۱)، کاهش افسردگی و استرس (رایان^۲ و همکاران، ۲۰۲۰)، افزایش سرسختی و سبک‌های مقابله‌ای (عباسی اصل و همکاران، ۱۳۹۹) و سلامت روانشناختی و رضایت از زندگی بیماران دیابتی موثر است (بیگدلی و دهقان، ۱۳۹۸).

آنچه که مشخص است هم درمان هیجان‌مدار و هم درمان پذیرش/تعهد بر بهبود مشکلات بیماران مبتلا به دیابت اثربخشی معنادار دارند (بیگدلی و دهقان، ۱۳۹۸؛ صدرهاشمی و همکاران، ۱۴۰۰؛ حیدریان و همکاران، ۱۳۹۹؛ ساکاموتو و همکاران، ۲۰۲۲؛ کوکارو و همکاران، ۲۰۲۲). اما مقایسه اثربخشی این درمان‌ها کمتر بر روی مبتلایان به دیابت بررسی شده است. افزون بر این، از نظر روش‌شناختی نیز، مطالعاتی که به مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان پذیرش/تعهد در کاهش اضطراب و رضایت از زندگی بیماران دیابتی پرداخته است کمتر وجود دارد و این باعث می‌شود که نتوان درمان موثر و مورد نیاز این بیماران را شناسایی کرد. لذا در باب دلایل منطقی و علمی برای مقایسه این دو این درمان، می‌توان گفت که وقتی بتوان از بین رویکردها و مداخلات روانشناختی مختلف و اثربخش از نظر مطالعات تجربی، یک درمان اثربخش‌تر را نسبت به درمان‌های دیگر را شناسایی کرد می‌توان به روانشناسان و درمانگرانی که در زمینه مشکلات بیماران مبتلا به دیابت فعالیت می‌کنند کمک کرد که از نتایج اینگونه تحقیقات استفاده کنند که چه نوع درمانی اثربخش‌تر است. به همین دلیل این پژوهش از تلوحت کاربردی در این زمینه، برای روانشناسان و درمانگران برخوردار است. لذا بر اساس آنچه گفته شد سوال این پژوهش آن است که آیا بین اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد بر اضطراب و رضایت از زندگی مبتلایان به دیابت تفاوت وجود دارد؟

روش

روش پژوهش بر مبنای هدف، کاربردی و از منظر گردآوری داده‌ها جزء تحقیقات کمی و از نوع نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماهه با گروه کنترل نابرابر بود. جامعه آماری کلیه زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ شهر تهران در تابستان و پاییز سال ۱۴۰۱ بودند. حجم نمونه در نظر گرفته شده به وسیله نرم افزار G*Power محاسبه شد. در این نرم افزار برای مقایسه اختلاف بین میانگین دو گروه با در نظر گرفتن آزمون تحلیل واریانس چندمتغییره و سطح معناداری ۰/۰۵ با توان ۰/۹۵ و اندازه اثر متوسط (f=۰/۲۳) و در نظر گرفتن نسبت اختصاص یک به یک در گروه‌ها حجم نمونه محاسبه شده برابر با ۶۴ به دست آمد. همچنین با در نظر گرفتن ۲۰ درصد ریزش حجم نمونه نهایی برابر با ۷۵ نفر به دست آمد. به این صورت

1. Bendig
2. Ryan
3. Beck anxiety inventory (BAI)

4. Høifødt
5. Natalini
6. Kovacevic

جلسات درمانی

جدول ۱. جلسات درمان هیجان‌مدار اقتباس از تیمولاک و مک -

الوانی (۲۰۱۶)

جلسه	اهداف	محتوا
۱	ایجاد و حفظ رابطه همدلانه	آشنایی و برقراری رابطه درمانی برای ایجاد احساس امنیت، آشنایی با قوانین کلی درمان، ارزیابی ماهیت مشکل، ارزیابی اهداف و انتظارات از درمان
۲	تقویت خودآسیب‌پذیر و افزایش آگاهی از هیجان	درک معنای تجربه و ایجاد روایت منسجم در زندگی توسط مراجع، درک معنای عاملیت و اعتماد به نفس بیشتر، دستیابی به ظرفیت‌های تنظیم هیجانی و باور به مقابله با مشکلات، ایجاد درون فکنی و خودگویی مثبت برای خلق خودپنداره مثبت.
۳	توسعه راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت‌تر	در این جلسه به توسعه و آموزش راهبردهای سازنده و سازگارانه تنظیم هیجان پرداخته شد تا افراد شرکت‌کننده بتوانند در رویارویی با مشکلات زندگی هیجانات خود را کنترل و مدیریت کنند.
۴	کار از طریق دوپارگی اضطراب	شناسایی و کار روی اضطراب ثانویه، شناسایی پاسخ‌های هیجانی واکنشی ثانویه، مدیریت نشانگرها و تسهیل در دسترسی به احساسات هسته‌ای زیربنایی
۵	خنثی کردن یا بی‌اثر کردن برخورد منفی با خود و خودبازداری	شناسایی خود‌نگران و سرزنشگر برای تصحیح برخورد منفی با خود، شناسایی دوپارگی خودانتقادگر و خودبازداری برای افزایش دستیابی به پذیرش و شفقت
۶	حل و فصل آسیب‌های هیجانی	شناسایی آسیب در دل‌بستگی اولیه و منابع عمیق اضطراب نشان‌های، شناسایی تکالیف ناتمام، شناسایی درد هسته‌ای، دسترسی و ابراز هیجان خشم
۷	خودتسکینی مراجع	ارتقای توانایی مراجع در دریافت تجربه هیجانی و شفقت به خویش، آموزش خودتسکینی فیزیولوژیکی، مقابله‌ای و تبدیلی، افزایش ظرفیت تنظیم هیجان و خودتسکین دهی نهفته
۸	تحکیم یک روایت جدید	تثبیت معنای جدید، توانایی تأمل در تجربه و ایجاد روایت جدید در هویت، افزایش تاب‌آوری و هیجان‌سازگار اولیه.

است (لئوس^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین در دیگر پژوهش‌ها ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و ضریب دونیمه کردن ۰/۹۲ (پانگ^۲ و همکاران، ۲۰۱۹)، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ (اوسترگارد^۳ و همکاران، ۲۰۲۰) و همچنین در یک پژوهش دیگر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به دست آمده است (میلون و شورس^۴، ۲۰۲۱). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ پیش از آزمون ۰/۷۱، پس از آزمون ۰/۸۲ و پیگیری ۰/۹۱ به دست آمده است.

مقیاس رضایت از زندگی^۵ (SWLS) داینر^۶ و همکاران (۱۹۸۵): این مقیاس برای همه گروه‌های سنی طراحی شده است و در ابتدا شامل ۴۸ سوال بود که بعد از تحلیل عاملی به ۱۰ گویه کاهش یافت و به دلیل شباهت معنایی بین سوالات، نسخه نهایی آن به ۵ سوال کاهش یافته است. نمره‌گذاری مقیاس در طیف لیکرت ۷ درجه‌ای می‌باشد. به این صورت کاملاً موافقم ۷ نمره، موافقم ۶ نمره، کمی موافقم ۵ نمره، نه موافقم و نه مخالفم ۴ نمره، کمی مخالفم ۳ نمره، مخالفم ۲ نمره و کاملاً مخالفم ۱ نمره تعلق می‌گیرد. دامنه نمرات به دست آمده بین ۵ تا ۳۵ است و کسب نمره ۱ تا ۴ نشان دهنده رضایت پایین، نمره ۵ تا ۶ رضایت متوسط و نمره ۷ تا ۱۰ نشان دهنده رضایت از زندگی بالا است (کووالوسکا^۷ و همکاران، ۲۰۲۲). سازندگان مقیاس ضریب همبستگی بازآزمایی نمره‌های این مقیاس را پس از دو ماه اجرا ضریب ۰/۸۴ و معنادار در سطح ۰/۰۱ گزارش کرده‌اند (داینر و همکاران، ۱۹۸۵). در سایر پژوهش‌ها برای بررسی پایایی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۷۹ (مظاهری و همکاران، ۱۳۹۹) و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شده است (بیت مشعل و همکاران، ۱۴۰۰). در یک پژوهش دیگر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی آن ۰/۸۱ به دست آورده - اند (کوه نشین طارمی و همکاران، ۱۴۰۰). در یک پژوهش برای بررسی روایی همگرایی مقیاس رضایت از زندگی از مقیاس امید به زندگی^۸ شنایدر و همکاران (۱۹۹۱) استفاده شده است که ضریب همبستگی ۰/۴۵ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است که نشان دهنده روایی همگرایی مقیاس رضایت از زندگی است (مرادی و همکاران، ۱۳۹۸). در خارج از کشور ویژگی‌های روانسنجی مقیاس بررسی شده است. در یک پژوهش برای بررسی پایایی مقیاس از روش همسانی درونی استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ (سرزو^۹ و همکاران، ۲۰۲۲)، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ (والا^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۲) و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمده است (دئوتروم^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۲). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ پیش از آزمون ۰/۷۳، پس از آزمون ۰/۸۵ و پیگیری ۰/۸۶ به دست آمده است.

1. Lemos
2. Pang
3. Østergaard,
4. Millon & Shors
5. satisfaction with life scale (SWLS)
6. Diener

7. Kowalewska
8. Adult Dispositional Hope Scale (ADHS)
9. Cerezo
10. Valla
11. Deutrom

جدول ۲. جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اقتباس از هیز و همکاران (۲۰۱۶)

جلسه	اهداف	محتوا	تکلیف
۱	آشنایی با قوانین و کلیاتی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین گروه، اهداف و ساختار گروه، تعهدات درمانی، صحبت‌های مقدماتی درباره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-
۲	آشنایی با برخی از مفاهیم درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله تجربه اجتناب، آمیختگی و پذیرش روانی	سنجش مشکلات درمانجویان از نگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فرد. تهیه فهرستی از مزایا، معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات	شناسایی موقعیتهای اجتنابی و اجازه دادن به رفت و آمد افکار منفی بدون اینکه با آنها مبارزه یا عمدا از آنها جلوگیری شود.
۳	اجرای فنون درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد مانند جداسازی شناختی، آگاهی روانی، خود تجسمی	بررسی تکالیف خانگی، تصریح ناکارآمدی، کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها، آموزش جداسازی شناختی، آگاهی روانی و خودتجسمی	گاهی از اینجا و اکنون و علاقمندی به جای فرار از آنچه که هم اکنون در جریان است.
۴	آموزش فنون درمانی، آگاهی هیجانی، آگاهی خردمندانه (استعاره قربانی خود)	بررسی تکالیف خانگی، جدا کردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت به طوری که به انعطاف‌پذیری روانی و هیجانات مثبت منجر شود.	تمرکز بر تمام حالت روانی، افکار و رفتار در لحظه بدون هیچگونه قضاوتی.
۵	آموزش فنون درمانی خود به عنوان زمینه و تمرین فنون ذهن آگاهی	بررسی تکالیف خانگی، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه و آموزش فنون ذهن آگاهی به منظور پذیرش هیجان‌های منفی	تلاش در جهت کسب حس تعالی یافته با استفاده از فنون آموزش دیده.
۶	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و روشن‌سازی ارزش‌ها و آموزش تنظیم هیجان‌ها (استعاره فنجان بد)	بررسی تکالیف خانگی، شناسایی ارزش‌های زندگی درمانجویان و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آنها. تهیه فهرستی از موانع پیش‌رو در تحقق ارزش‌ها و ایجاد هیجان‌های مثبت.	شناسایی ارزش‌های شخصی اصلی و طرح ریزی اهداف بر اساس ارزش‌ها.
۷	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و عمل متعهدانه و افزایش کارآمدی بین فردی (استعاره صفحه شطرنج)	بررسی تکالیف خانگی، ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن بکارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها و ایجاد حس معناداری در زندگی.	تلاش متعهدانه برای رسیدن به اهداف طرح ریزی شده بر اساس فنون آموزش دیده.

۸ مرور و تمرین فنون درمانی آموزش داده شده با تأکید بر تنظیم هیجان‌ها و حس معناداری در زندگی در دنیای واقعی. بررسی تکالیف خانگی، گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها، درخواست از درمانجویان برای توضیح نتایج جلسات و اجرای فنون آموزش دیده در دنیای واقعی زندگی به منظور ایجاد حس معناداری و ایجاد هیجان-های مثبت، اجرای پس‌آزمون، هماهنگی جهت برگزاری جلسه پیگیری در دو ماه آینده.

نحوه اجرا و جمع‌آوری داده‌ها

روش جمع‌آوری و گردآوری اطلاعات در بعد کتابخانه‌ای از مقالات علمی و پژوهشی استفاده شد. همچنین با توجه به اینکه روش تحقیق نیمه آزمایشی خواهد بود به روش نمونه‌گیری در دسترس ۷۵ زن مبتلا به دیابت نوع دو انتخاب و سپس این زنان به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده در ۳ گروه (۲۵ زن را در گروه آزمایش درمان هیجان مدار، ۲۵ زن گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد و ۲۵ زن در گروه کنترل) گمارش شد. سپس بر روی آزمودنی‌های هر سه گروه در شرایط یکسان پرسشنامه‌های اضطراب و رضایت از زندگی به عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. بعد از این مرحله گروه آزمایش اول پس از اخذ موافقت اخلاقی تحت درمان هیجان مدار، گروه آزمایش دوم تحت درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد و در نهایت گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی از این رویکردها دریافت نکرد و به فعالیت‌های معمول و روزمره خود ادامه داد و در لیست انتظار باقی ماند. بعد از اتمام جلسات درمانی از هر سه گروه در شرایط یکسان پس از عمل آمد. در این مرحله هر سه گروه در شرایطی مشابه به سوالات پس از آزمون پاسخ دادند. در این پژوهش همچنین بعد از مدت ۶۰ روز مرحله پیگیری انجام شد و افراد شرکت کننده به سوالات پرسشنامه‌ها مجدد به عنوان مرحله پیگیری پاسخ داد. بعد از جمع‌آوری داده‌های پیش‌آزمون، پس از آزمون و پیگیری اطلاعات گردآوری شده با آزمون‌های آماری مناسب مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

بر اساس نتایج میانگین و انحراف معیار سن گروه درمان هیجان مدار به ترتیب ۴۰/۸۴ و ۸/۲۷۰؛ گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به ترتیب ۳۹/۳۶ و ۷/۲۹۷؛ و گروه کنترل به ترتیب ۳۹/۱۶ و ۸/۵۲۸ بود. میزان آماره F بدست آمده حاصل از مقایسه فراوانی‌های ۳ گروه در متغیر سن برابر با $F=۰/۳۲۵$ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($sig=۰/۷۲۴$) که نشان دهنده همتا بودن ۳ گروه از نظر سن مبتلایان به دیابت در این پژوهش می‌باشد. همچنین میزان آماره تحلیل خی دو (Chi-Square) آمده حاصل از مقایسه میانگین سنی ۳ گروه در متغیر سن برابر با $Chi-Square=۱/۶۲۵$ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($sig=۰/۹۵۱$) که نشان دهنده همتا بودن سه گروه از نظر تحصیلات می‌باشد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در گروه آزمایش‌های و

متغیرهای وابسته	مرحله	میانگین			انحراف معیار		
		هیجان مدار	کنترل	هیجان مدار	کنترل	کنترل	
اضطراب	پیش-آزمون	۱۱/۶۸	۱۱/۹۶	۱۲/۲۰	۱۲/۲۴	۱/۲۵۸	
	پس-آزمون	۸/۳۲	۷/۴۴	۱۲/۰۰	۱۳/۵۶	۱/۵۸۱	
رضایت از زندگی	پیش-آزمون	۸/۳۶	۷/۵۲	۱۱/۹۶	۱/۴۴۷	۱/۶۲۰	
	پس-آزمون	۱۴/۰۴	۱۴/۳۲	۱۴/۴۴	۰/۹۲۵	۰/۹۱۷	
رضایت از زندگی	پیش-آزمون	۱۷/۳۲	۱۸/۲۴	۱۴/۶۰	۰/۹۸۸	۰/۹۵۷	
	پس-آزمون	۱۷/۲۴	۱۸/۱۲	۱۴/۶۸	۱/۰۹۱	۰/۹۸۸	

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار اضطراب و رضایت از زندگی گروه‌های آزمایش و کنترل به تفکیک مراحل سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) را نشان می‌دهد. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس‌آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می‌باشند یا خیر، از تحلیل واریانس آمیخته استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است، این پیش‌فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها می‌باشد که ابتدا پیش‌فرض‌ها بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلکز در هیچ یک از مراحل معنی‌دار نبود ($P > 0.05$)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می‌باشد. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($P > 0.05$) و بدین ترتیب پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تایید شد. داده‌های تحقیق فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (ام‌باکس) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش‌فرض نیز رعایت شده است ($P > 0.05$). سطح معنی‌داری اثر تعامل گروه و پیش‌آزمون بزرگتر از ۰/۰۵ بود و این نشان دهنده همگنی شیب خط رگرسیون^۱ بود. با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس مکرر رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود. بر اساس نتایج مقدار سطح معناداری آزمون کرویت موچلی متغیر اضطراب و رضایت از زندگی برابر ۰/۰۰۱ به دست آمده است. لذا فرض کرویت موچلی تایید نشده است و تخطی از الگوی آماری F صورت گرفته است. بنابراین از آزمون محافظه کارانه گرین هاوز-گیرز استفاده شده است که نتایج در شماره جدول ۴- آمده است.

جدول ۴. نتایج درون آزمودنی و بین آزمودنی تحلیل واریانس آمیخته

اضطراب و رضایت از زندگی						
متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری	
اضطراب	زمان	۱۷۶/۳۴۰	۰/۰۰۱	۰/۷۱۰	۰/۹۹۹	
	گروه	۶۱/۱۹۶	۰/۰۰۱	۰/۶۳۰	۰/۹۹۹	
رضایت از زندگی	زمان	۱۸۲/۱۶۳	۰/۰۰۱	۰/۷۱۷	۰/۹۹۹	
	گروه	۴۷/۲۲۶	۰/۰۰۱	۰/۵۶۷	۰/۹۹۹	
	زمان*گروه	۳۹/۴۲۶	۰/۰۰۱	۰/۵۲۳	۰/۹۹۹	

نتایج جدول ۴- نشان می‌دهد که درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد بر اضطراب و رضایت از زندگی بیماران مبتلا به دیابت اثربخشی معنادار دارد. در ادامه مقایسه‌ی دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در اضطراب و رضایت از زندگی بیماران مبتلا به دیابت در جدول ۵- آمده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی اضطراب و رضایت از زندگی برای بررسی معاداری نتایج

متغیرهای وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
اضطراب	پیش‌آزمون	۱۱/۹۴۷	پیش‌آزمون پس‌آزمون	۲/۶۹۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۹/۲۵۳	پیش‌آزمون پیگیری	۲/۶۶۷	۰/۰۰۱
رضایت از زندگی	پیش‌آزمون	۱۶/۲۶۷	پیش‌آزمون پس‌آزمون	۲/۴۵۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۶/۷۲۰	پیش‌آزمون پیگیری	۲/۴۱۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۶/۶۸۰	پس‌آزمون پیگیری	۰/۰۴۰	۰/۹۹۹

نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی اضطراب و رضایت از زندگی برای شناسایی درمان اثربخش‌تر					
متغیرهای وابسته	میانگین	تفاوت میانگین	گروه مقایسه	تفاوت میانگین	معناداری
اضطراب	درمان هیجان‌مدار	۲/۶۰۰	گروه کنترل	۳/۰۸۰	۰/۰۰۱
	درمان پذیرش/تعهد	۱/۶۲۷	گروه کنترل	۲/۳۲۰	۰/۰۰۱
رضایت از زندگی	درمان هیجان‌مدار	۲/۳۲۰	گروه کنترل	۲/۳۲۰	۰/۰۰۱
	درمان پذیرش/تعهد	۲/۳۲۰	گروه کنترل	۲/۳۲۰	۰/۰۰۱

همان‌طور که جدول ۵- نشان می‌دهد تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پس-آزمون (اثر مداخله) و تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پیگیری (اثر زمان) بیشتر و معنادارتر از تفاوت میانگین پس‌آزمون و پیگیری (اثر ثبات مداخله) است که این نشان دهنده آن است که درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد بر اضطراب و رضایت از زندگی در مرحله پس‌آزمون تاثیر داشته است و تداوم این تاثیر در مرحله پیگیری را نیز در برداشته است. همچنین از آنجایی که نتایج به دست آمده مشخص نکرده است که تاثیر ایجاد شده در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مربوط به کدام روش درمانی بوده است یا اینکه کدام روش درمانی اثربخش‌تر بوده است. لذا در ادامه برای بررسی تفاوت اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد بر اضطراب و رضایت از زندگی از آزمون تعقیبی بن‌فرونی (برای مقایسه اثربخشی گروه‌های مداخله) استفاده شده است که نتایج در جدول ۵- آمده است. با توجه به جدول ۵- نتایج نشان داد که تفاوت میانگین گروه درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین درمان هیجان‌مدار با گروه کنترل است که این نشان دهنده آن است که درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد اثربخشی بیشتری نسبت به درمان هیجان‌مدار بر اضطراب و رضایت از زندگی دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و رضایت از زندگی مبتلایان به دیابت بود. نتایج تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که، درمان هیجان‌مدار بر اضطراب بیماران مبتلا به دیابت اثربخشی معنادار دارد و تداوم این تاثیر در مرحله پیگیری را نیز در برداشته است. این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج حیدریان و همکاران (۱۳۹۹) همسویی و همخوانی داشته باشد. همچنین یافته غیرهمسو برای نتیجه به دست آمده از این فرضیه یافت نشد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که بروز بیماری‌های مزمن فیزیولوژیک همچون دیابت موجب شکل‌گیری آسیب‌های روانشناختی همچون اضطراب در افراد مبتلا می‌شود، به طوری در تحقیقات نیز نشان داده شده است که بین مبتلا شدن به دیابت و مبتلا شدن به اضطراب رابطه وجود دارد و این وضعیت می‌تواند به خاطر عدم تعادل ناشی از ابتلا به بیماری دیابت و عوارض ناشی از بیماری باشد که فرد را دچار اضطراب می‌کند (گوپتا^۱ و همکاران، ۲۰۲۳). در این میان درمان هیجان به بیماران مبتلا به دیابت کمک می‌کند تا نسبت به هیجان‌ناشان آگاه شوند و به روشی مفید از آنها استفاده کنند. هیجان‌ناشی اساسی پردازش در عمل را تعیین می‌کنند. در درمان هیجان‌مدار به بیماران مبتلا به دیابت کمک می‌شود، هیجان‌ناشان را بهتر شناسایی کنند، تجربه کنند، بپذیرند، بررسی کنند، درک کنند، تغییر دهند و به گونه‌ای انعطاف‌پذیر مدیریت کنند در نتیجه بیماران در دستیابی به اطلاعات مهم و معانی مربوط به خود و جهان‌ناشان که در برگیرنده هیجان‌ناشی است، ماهرتر شوند. بیماران در این درمان تشویق می‌شوند با هیجان‌ناشی مانند اضطراب که از آنها می‌ترسند روبرو شوند و آنها را پردازش کنند و تغییر دهند (گرینبرگ، ۲۰۱۰). لذا منطقی است که گفته شود درمان هیجان‌مدار بر اضطراب مبتلایان به دیابت اثربخش است.

نتایج تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که، درمان هیجان‌مدار بر رضایت از زندگی بیماران مبتلا به دیابت اثربخشی معنادار دارد و تداوم این تاثیر در مرحله پیگیری را نیز در برداشته است. این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج کوکارو و همکاران (۲۰۲۲) همسویی و همخوانی داشته باشد. همچنین یافته غیرهمسو برای نتیجه به دست آمده از این فرضیه یافت نشد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که بیان احساسات و هیجان برای دریافت پاسخ‌های خاصی از دیگران است و این می‌تواند در مدیریت ارتباطات اجتماعی نقش مهمی را ایفا کند. به عنوان مثال فردی که مبتلا به دیابت است برای رعایت رژیم غذایی و پایبندی به درمان همیشه مضطرب است؛ وقتی بتواند هیجان‌ناشی خود را مدیریت کند میزان رضایت از زندگی وی افزایش پیدا می‌کند. این افراد به خاطر مشکلات عمده‌ای که در مدیریت دیابت دارند ممکن است عصبانی شوند و به مرحله‌ای می‌رسد که احساس می‌کنند احساساتشان صدمه دیده است. بنابراین مدیریت هیجان می‌تواند نقش مهمی در کاهش تنش افراد دیابتی ایفا نماید. علاوه بر این درمان هیجان‌مدار به بیماران یاری می‌رساند تا برانگیختگی هیجانی و هیجان‌های منفی را تنظیم نمایند، احساسات دیگران را درک نموده و به طرز اثربخشی با آن برخورد

کنند، که این فرایند باعث می‌شود تا آنان در فرایندهای ادراکی و ارتباطی خود تغییرات مفیدی را به وجود آورند و علاوه بر بازداری برانگیختگی هیجانی، در برابر افکار و هیجان‌ناشی منفی نیز مقاومت نمایند. عدم بروز هیجان‌ناشی منفی برخاسته از ادراکات شخصی در نزد بیماران مبتلا به دیابت نوع دو نیز باعث افزایش رضایت از زندگی در نزد آنها می‌شود. لذا منطقی است که گفته شود درمان هیجان‌مدار بر رضایت از زندگی مبتلایان به دیابت اثربخش است.

نتایج تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که، درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد بر اضطراب بیماران مبتلا به دیابت اثربخشی معنادار دارد و تداوم این تاثیر در مرحله پیگیری را نیز در برداشته است. این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج بندینگ و همکاران (۲۰۲۱) همسویی و همخوانی داشته باشد. همچنین یافته غیرهمسو برای نتیجه به دست آمده از این فرضیه یافت نشد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه فنون گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها، منجر به کاهش اضطراب می‌شود. در این درمان، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی، کمک به افراد در راستای تجربه کردن افکار آزردهنده‌شان صرفاً به عنوان یک فکر و انجام امور مهم زندگی‌شان در راستای ارزش‌هایشان است لذا، با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، مراجعان رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه می‌کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند می‌شوند. در واقع در فرآیند این درمان، به زنان مبتلا به دیابت آموزش داده شد که چگونه از افکار آزار دهنده رهایی یابند، به جای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل کردن بپذیرند، ارزش‌هایشان را تصریح کنند و به آنها پردازند. به تعبیری دیگر می‌توان گفت که در این برنامه، زنان مبتلا به دیابت، یاد گرفتند که به جای تلاش برای توقف افکار و احساساتشان، آنها را تجربه کرده و با مجموعه اهداف تعریف شده و نظام ارزشی خویش پیوند برقرار کرده و با آنها به طور مستمر در ارتباط باشد و زندگی خود را بر اساس آنها تنظیم کنند که این خود گامی مؤثر در کاهش اضطراب در آنان بوده است. لذا منطقی است که گفته شود درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مبتلایان به دیابت اثربخش است.

نتایج تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که، درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد بر رضایت از زندگی بیماران مبتلا به دیابت اثربخشی معنادار دارد و تداوم این تاثیر در مرحله پیگیری را نیز در برداشته است. این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج ساکاموتو و همکاران (۲۰۲۲) و بیگدلی و دهقان (۱۳۹۸) همسویی و همخوانی داشته باشد. همچنین یافته غیرهمسو برای نتیجه به دست آمده از این فرضیه یافت نشد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای تمرکز کردن روی برطرف سازی و حذف عوامل آسیب‌زا، به زنان مبتلا به دیابت کمک می‌کند شناخت‌های کنترل شده خود را بپذیرند و خود را از کنترل

آن‌ها را متوقف کنند. از افراد مبتلا به دیابت خواسته می‌شود در مسیر اهداف و ارزش‌هایشان کار و افکار و احساسات خود را تجربه کنند. لذا در تبیین این یافته می‌توان گفت طبق شواهد پژوهشی، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران مزمن مانند بیماران دیابتی، به طول مدت دوره این درمان بستگی دارد، هرچه مدت زمان بیشتری بیماران با این درمان درگیر باشند، اضطراب آن‌ها کاهش می‌یابد و بیماری خود را می‌پذیرند که این مسئله انعطاف‌پذیری روان‌شناختی آن‌ها را افزایش می‌دهد و باعث می‌شود کلنجار رفتن با خود را کنار بگذارند و با پذیرش فعال بیماری خود و با بسیج انرژی و توان خویش به جنگ بیماری بروند که این مسئله سلامت روان و کاهش سطح اضطراب این بیماران کمک می‌کند. لذا منطقی است که گفته شود درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان هیجان‌مدار اثربخشی بیشتری بر کاهش اضطراب مبتلایان به دیابت داشته باشد.

در نهایت برای بررسی تفاوت اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد بر رضایت از زندگی از آزمون تعقیبی بن فرونی (برای مقایسه اثربخشی گروه‌های مداخله) استفاده شده است که نتایج نشان داد که، تفاوت میانگین گروه درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین درمان هیجان‌مدار با گروه کنترل است که این نشان دهنده آن است که درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد اثربخشی بیشتری نسبت به درمان هیجان‌مدار بر رضایت از زندگی دارد. این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج ساکاموتو و همکاران (۲۰۲۲) و بیگدلی و دهقان (۱۳۹۸) همسویی و همخوانی داشته باشد. همچنین یافته غیرهمسو برای نتیجه به دست آمده از این فرضیه یافت نشد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، منبع اولیه وجود مشکلات در مراجع، انعطاف‌ناپذیری روانشناختی اوست. در واقع گزینه‌های محدود برای رفتار، موجب می‌شود فرد احساس گرفتاری و اسارت کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهره‌مندی از انعطاف‌پذیری روانشناختی متمرکز است؛ یعنی داشتن گزینه‌های رفتاری دردسترس که این امر زمانی اتفاق می‌افتد که فرد آگاهانه افکار و احساسات پریشان‌کننده خود را می‌پذیرد و رفتاری همسو و سازگار با ارزش‌هایش نشان می‌دهد. در واقع این اتفاق در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با استفاده از روش‌های گوناگون تجربی، استعاره‌ای و تغییر درجه دوم رخ می‌دهد. انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی از طریق شش فرایند اصلی به هم پیوسته رخ می‌دهد و ادامه می‌یابند که عبارتند از: آمیختگی شناختی، دلبستگی به مفهوم خود، اجتناب تجربه‌ای، قطع ارتباط با لحظه حال، ارزش‌های مبهم و سستی در احترام به ارزش‌ها (هیز و همکاران، ۲۰۱۶). در واقع نتایج حاصل از این پژوهش مبنی بر افزایش رضایت از زندگی بیماران مبتلا به دیابت و ناشی از انعطاف‌پذیری روانشناختی است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از گسلش شناختی، تفکیک و جداسازی مفهوم خود، پذیرش تجربه‌ای، تماس ذهن آگاهانه با زمان حال، ارزش‌های واضح و مشخص و عمل و تعهد بر اساس ارزش‌ها، آن را ایجاد می‌کند. لذا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور مستقیم مشکلات زندگی روزمره بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله دیابت را کاهش نمی‌دهد، ولی با توجه به این مسئله که منشأ رنج روانشناختی این بیماران از افکار و احساسات

قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلاتشان شده، خلاص نمایند؛ همچنین به آنان اجازه می‌دهد از کشمکش و منازعه با آنها دست بردارند. به باور هیز و همکاران (۲۰۱۶) با وارد شدن فرد به فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تمرکز و گرفتار آمدن در فرایندهای ذهنی-کلامی منفی، رضایت از زندگی به عنوان سازه‌ای نگرشی به شدت تحت تاثیر این فرایندهای ذهنی-کلامی است. ایده زیربنایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که آنچه از تسلط و اراده ما خارج بوده، بپذیریم؛ همچنین نیروی خود را به جای مصرف در مسیری که به تغییری مثبت و سازنده منتهی نمی‌شود، به سوی آنچه برای زندگی ارزش و اهمیت داشته، هدایت کنیم (هیز، ۲۰۰۸). بنابراین در این درمان بر پذیرش آنچه نمی‌توان به طور مستقیم تغییر داد به عنوان ابزاری جهت تشخیص و تغییر آنچه تغییرپذیر بوده، تأکید می‌شود. حضور در اینجا و اکنون، باعث می‌گردد افراد درگیر قضاوت‌ها درباره تجارب ناخوشایند گذشته و آینده خودشان نشوند. فرایند تماس با لحظه لحظه‌های زندگی به فرد کمک می‌کند تا وضعیت را تحمل‌پذیر نماید و تجربه لحظه‌های واقعی زندگی‌اش را بپذیرد. این درمان اجتناب از درد و استرس را مشکل اصلی بیماران می‌داند که به ناتوانی و کاهش رضایت از زندگی می‌انجامد (هیز و همکاران، ۲۰۱۳). بنابراین با درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد بیماران مبتلا به دیابت یاد می‌گیرند که با تماس لحظه لحظه‌های زندگی به خود کمک کند تا وضعیت بیماری را تحمل‌پذیر کند و از این طریق سطح رضایت خود از زندگی را بهبود بخشد. لذا منطقی است که گفته شود درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت از زندگی مبتلایان به دیابت اثربخش است.

در ادامه برای بررسی تفاوت اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد بر اضطراب از آزمون تعقیبی بن فرونی (برای مقایسه اثربخشی گروه‌های مداخله) استفاده شد که نتایج نشان داد که، تفاوت میانگین گروه درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین درمان هیجان‌مدار با گروه کنترل است که این نشان دهنده آن است که درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد اثربخشی بیشتری نسبت به درمان هیجان‌مدار بر اضطراب دارد. این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج بندینگ و همکاران (۲۰۲۱) همسویی و همخوانی داشته باشد. همچنین یافته غیرهمسو برای نتیجه به دست آمده از این فرضیه یافت نشد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این پژوهش به کاهش اضطراب بیماران مبتلا به دیابت کمک کرد. با توجه به اصول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درگیر شدن با هیجان‌ات، باعث بدتر شدن آن‌ها می‌شود. در شرایطی که فرد مبتلا به بیماری دیابت شده است، باید این واقعیت را بپذیرد؛ برای مثال، اگر خاطرات و رویدادهای گذشته یا ابتلا به یک بیماری لاعلاج، مراجع را آشفته و پریشان کرده است، او باید بپذیرد که این اتفاقات رخ داده است و احساساتش نسبت به این اتفاق را تغییر دهد. درواقع به بیمار کمک می‌شود ارتباط بین افکار و احساسات مشکل‌زا را تغییر دهد تا آن‌ها را به عنوان علائم مرضی درک نکند و حتی یاد بگیرد که افکار و احساسات را بی‌ضرر (حتی اگر ناراحت‌کننده و ناخوشایند باشند) درک کند. به طور خلاصه، درمان پذیرش و تعهد بر آن است که افراد مبتلا به دیابت یاد دهد افکار و احساساتشان را تجربه کنند، به جای اینکه تلاش کنند

توانسته سطح اضطراب بیماران مبتلا به دیابت را کاهش دهد، که بر این اساس پیشنهاد می‌شود از درمان هیجان مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان درمان‌های کارآمد و اثربخش در مراکز درمانی و آموزشی بیماران مبتلا به دیابت مورد استفاده قرار گیرد تا از این طریق بتوان با کاهش اضطراب این بیماران به روند درمانی آنان کمک شود. به این صورت که پزشکان و متخصصان حوزه دیابت می‌توانند با همکاری روانشناسان و مشاوران بالینی در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی دیابت علاوه بر درمان‌های دارویی از ظرفیت‌های درمان هیجان مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بهبود مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت به ویژه کاهش اضطراب آنان بهره‌مند شوند. نتایج نشان دهنده آن بود که درمان هیجان مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت از زندگی بیماران مبتلا به دیابت موثر بوده است و توانسته سطح رضایت از زندگی بیماران مبتلا به دیابت را افزایش دهد، که بر این اساس می‌توان گفت که گرچه درمان‌های متداول پزشکی در ثابت کردن و کنترل عوارض دیابت نقش دارند، اما درمان پذیرش و تعهد می‌تواند نسبت به سایر مداخلات روانشناختی به کار گرفته شده در این گروه از بیماران با تغییراتی عمده در سبک زندگی، کیفیت زندگی و پریشانی‌های هیجانی با بهبود متغیرهایی همچون خودکارآمدی در کنار دارودرمانی برای کنترل موفق‌تر عوارض، مداوی سریعتر و ماندگارتر اجرا گردد.

موازین اخلاقی

در پژوهش حاضر اصول اخلاقی پژوهش از جمله رازداری، محرمانه ماندن و حریم خصوصی افراد رعایت شد و شرکت در پژوهش هیچگونه آسیب احتمالی برای شرکت کنندگان نداشته است. همچنین کسب کد اخلاق به شماره IR.IAU.B.REC.1401.021 از کارگروه/کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود.

مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد است و نویسنده اول مسئول گردآوری داده‌ها و نوشتار مقاله، نویسنده دوم به عنوان راهنما وظیفه نظارت بر نسخه اولیه مقاله و نظارت بر صحت پژوهش و نویسنده سوم مسئول تأیید ابزارها، ویرایش مقاله و اعتبار سنجی انجام پژوهش را به عهده داشتند.

تشکر و قدردانی

از همه شرکت‌کنندگانی (بیماران مبتلا به دیابت) که به سوالات پژوهش پاسخ دادند و در جلسات درمانی شرکت کردند نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

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

ناکارآمدی آن‌ها نشئت می‌گیرد این درمان با کاهش همجوشی با این افکار و احساسات ناکارآمد، می‌تواند باعث کاهش پریشانی، مشکلات روانشناختی و مشکلات زندگی روزمره این بیماران و در نتیجه باعث افزایش رضایت از زندگی در آنها شود. پذیرش به عنوان مفهوم اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیماران مبتلا کمک می‌کند که به عنوان تماشاگران از بیرون، این اقیانوس موج و طوفانی را فقط نظاره کنند و بدون هیچ‌گونه قضاوت و پیش‌داوری و با پذیرش فعال، نیروهای خود را برای چیره‌شدن بر مشکلات ناشی از بیماری هماهنگ کنند و بر آن فائق آیند و از این طریق از زندگی خود رضایت بالاتری نسبت به قبل داشته باشند. لذا منطقی است که گفته شود درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان هیجان مدار اثربخشی بیشتری بر افزایش رضایت از زندگی مبتلایان به دیابت داشته باشد.

در این مطالعه جامعه آماری زنان مبتلا به دیابت شهر تهران بودند، لذا با در تعمیم نتایج به مردان مبتلا به دیابت احتیاط کرد. این پژوهش به دلیل محدودیت زمانی قادر به اجرای مرحله پیگیری بلندمدت‌تر برای بررسی تداوم و ماندگاری اثرات درمان هیجان مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نبود و تنها به یک مرحله سنجش پیگیری دو ماهه اکتفا شد. این پژوهش می‌توانست همزمان بر روی زنان و مردان انجام شود اما به دلیل نبود شرایط تنها به نمونه زنان مبتلا به دیابت اکتفا شد. از آنجایی که انواع مختلفی از دیابت از جمله دیابت نوع ۱، ۲، بارداری و دیابت بی مزه و غیره وجود دارد، در این پژوهش تنها به بیماران مبتلا به دیابت فارغ از نوع بیماری پرداخته شد. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در نمونه‌های دیگر از جمله مردان مبتلا به دیابت تکرار شود و برخی از سوالات برخاسته از این مطالعه و پیشینه پژوهش را مورد بررسی علمی قرار دهند و به این سؤال با قطعیت بیشتری پاسخ داده شود که آیا این درمان هیجان مدار و درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد، روش‌های قدرتمند و مؤثری نسبت به مداخلات درمانی رایج در راستای کاهش مشکلات ناشی از بیماری دیابت است یا خیر. مرحله پیگیری در این پژوهش دو ماهه بود، بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعد با لحاظ کردن مرحله پیگیری بلند مدت‌تر و طولانی‌تر (بیش از شش ماه یا حتی یک سال) به بررسی تداوم درمان هیجان مدار و درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد بر روی زنان مبتلا به دیابت پرداخته شود. از آنجایی که این پژوهش محدود به زنان بوده است، در راستای رفع این محدودیت، پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی مردان نیز انجام شود، چرا که عامل جنسیت ممکن است در نتیجه پژوهش نقش تعیین کننده داشته باشد. اقدام به پژوهش‌های کاربردی با موضوعاتی مشابه در زمینه اثربخشی درمان هیجان مدار و درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد بر کاهش سایر مشکلات زنان مبتلا به دیابت مانند پریشانی دیابت، بدتنظیمی هیجانی، امید به زندگی، اضطراب مرگ و غیره صورت گیرد. انجام پژوهش‌های در مورد مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد با سایر روش‌های درمانی مانند درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر شفقت خود و غیره می‌تواند نتایج اثربخشی را بر بهبود مشکلات زنان مبتلا به دیابت در پی داشته باشد.

نتایج نشان دهنده آن بود که درمان هیجان مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب بیماران مبتلا به دیابت موثر بوده است و

منابع

- آریاپوران، سعید؛ شببانی، حسین؛ موسوی، سید ولی‌الله. (۱۴۰۰). کوید-۱۹ و اضطراب مادران مراقب کودکان مبتلا به کم‌توانی عقلانی شدید و عمیق: اثربخشی آموزش تنظیم هیجان. *مجله روانشناسی بالینی*، ۱۳(۲)، ۶۴-۵۵.
- بیت‌مشعل، بلقیس؛ ارشدی، نسرین؛ حیدری، علیرضا؛ و عسکری، پرویز. (۱۴۰۰). طراحی و آزمودن الگویی از برخی پیامدهای فرسودگی شغلی. *مجله دست‌آوردهای روانشناختی*، ۲۸(۱)، ۱۷۶-۱۵۳.
- بیگدلی، روجا؛ و دهقان، فاطمه. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سلامت روان شناختی و رضایت از زندگی در مبتلایان به دیابت نوع دوم. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۵(۴)، ۳۴-۴۲.
- حیدریان، سارا؛ صیرفی، محمدرضا؛ کلهرنیا، مریم؛ جمهری، فرهاد؛ و بقولی، حسین. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان بر اضطراب و بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۳(۲)، ۲۳۹۰-۲۳۸۰.
- سعیدی، ابوطالی؛ جبل‌عاملی، شیدا؛ گرچی، یوسف؛ و ابراهیمی، امراله. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ادراک بیماری و سرمایه روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *نشریه علمی روانشناسی اجتماعی*، ۹(۵۹)، ۸۷-۱۰۰.
- صدرهاشمی، فاطمه؛ عسگری، پرویز؛ مکوندی، بهنام؛ و سراج‌خرمی، ناصر. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری، تنظیم هیجان، کنترل قندخون و عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *مجله سلامت اجتماعی*، ۸(۲)، ۱۹۳-۱۷۸.
- عباسی اصل، مجتبی؛ رحمتی نجارکلائی، فاطمه؛ و دوران، بهناز. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری بر سرسختی روان شناختی، رفتار مراقبتی و سبک‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *مجله علمی و پژوهشی طب نظامی*، ۲۲(۱۰)، ۱۰۷۳-۱۰۸۳.
- کوه‌نشین طارمی، فریبا؛ افشاری‌نیا، کریم؛ و کاکابرابی، کیوان. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی در افزایش رضایت از زندگی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی شهر کرمانشاه. *فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۱۲(۴۳)، ۶۹-۵۵.
- مرادی، آسیه؛ حاتمیان، عبدالرضا؛ حاتمیان، پیمان؛ و مروتی، فرامرز. (۱۳۹۸). رابطه عمل به باورهای دینی و امید با رضایت از زندگی سالمندان. *نشریه علمی رویش روانشناسی*، ۸(۱)، ۱۹۰-۱۸۳.
- مظاهری، مهرداد؛ میرشکار، مرضیه؛ و نیکوفر، مرتضی. (۱۳۹۹). نقش رضایت از زندگی در پیش‌بینی خشم در محیط مدرسه. *مجله مطالعات روانشناسی تربیتی*، ۱۷(۳۷)، ۱۵۸-۱۴۵.
- Alaofè, H., Amoussa Hounkpatin, W., Djrolo, F., Ehiri, J., & Rosales, C. (2022). Factors Associated with Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes of South Benin: A Cross-Sectional Study. *International journal of environmental research and public health*, 19(4), 1-10.
- American Diabetes Association. (2013). Economic costs of diabetes in the US in 2012. *Diabetes care*, 36 (4), 1033-1046.
- American Diabetes Association. (2021). Introduction: Standards of medical care in diabetes—2021.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Bendig, E., Bauereiss, N., Schmitt, A., Albus, P., & Baumeister, H. (2021). 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*, 11(7), e049238.
- Cerezo, M. V., Soria-Reyes, L. M., Alarcon, R., & Blanca, M. J. (2022). The Satisfaction with Life Scale in breast cancer patients: Psychometric properties. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 22(1), 100274.
- Chamizo-Nieto, M. T., & Rey, L. (2023). Cybervictimization and suicidal ideation in adolescents: A prospective view through gratitude and life satisfaction. *Journal of Health Psychology*, 1(1), 1-10.
- Cherney, D. Z., Charbonnel, B., Cosentino, F., Dagogo-Jack, S., McGuire, D. K., Pratley, R., & Cannon, C. P. (2021). Effects of ertugliflozin on kidney composite outcomes, renal function and albuminuria in patients with type 2 diabetes mellitus: an analysis from the randomised VERTIS CV trial. *Diabetologia*, 64 (6), 1256-1267.
- Coccaro, E. F., Drossos, T., Kline, D., Lazarus, S., Joseph, J. J., & de Groot, M. (2022). Diabetes distress, emotional regulation, HbA1c in people with diabetes and A controlled pilot study of an emotion-focused behavioral therapy intervention in adults with type 2 diabetes. *Primary Care Diabetes*.
- Deutrom, J., Katos, V., Al-Mourad, M. B., & Ali, R. (2022). The Relationships between Gender, Life Satisfaction, Loneliness and Problematic Internet Use during COVID-19: Does the Lockdown Matter. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1325.

- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
- Fernandez-Piciochi, C., Martín-Saborido, C., Bimbela-Pedrola, J. L., & Sarria-Santamera, A. (2022). The economic burden of anxiety and depression on the working age population with diabetes in Spain. *The International Journal of Health Planning and Management*, 37(2), 715-724.
- Fisher, L., Polonsky, W., Asuni, A., Jolly, Y., & Hessler, D. (2020). The early impact of the COVID-19 pandemic on adults with type 1 or type 2 diabetes: A national cohort study. *Journal of Diabetes and its Complications*, 34(12), 1-10.
- Gonzalez-Bernal, J. J., Rodríguez-Fernández, P., Santamaría-Peláez, M., González-Santos, J., León-del-Barco, B., Minguez, L. A., & Soto-Cámara, R. (2021). Life satisfaction during forced social distancing and home confinement derived from the COVID-19 pandemic in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1-10.
- Gupta, D., Ankur, A., & Ambaliya, C. (2023). The Menace of Type 2 Diabetes to Anxiety and Depression Prevalence. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 14(1), 58-61.
- Hayes, S. C. (2008). Climbing our hills: A beginning conversation on the comparison of acceptance and commitment therapy and traditional cognitive behavioral therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(4), 286.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy*, 44(2), 180-198.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K.G. (2016). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. The Second Edition. New York: Guilford Press
- Højfød, R. S., Waterloo, K., Wang, C. E., Eisemann, M., Figenschau, Y., & Halvorsen, M. (2019). Cortisol levels and cognitive profile in major depression: A comparison of currently and previously depressed patients. *Psychoneuroendocrinology*, 99(2), 57-65.
- Johnson, S. M. (2012). *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection*. Routledge.
- Kintzoglaniak, K., Gkousiou, A., Vonta, P., Sagmatopoulos, A., & Copanitsanou, P. (2022). Depression, anxiety, and diabetes-related distress in type 2 diabetes in primary care in Greece: Different roles for glycemic control and self-care. *SAGE open medicine*, 10(1), 1-10.
- Kovacevic, J., Miskulin, M., Degmecic, D., Vcev, A., Leovic, D., Sisljagic, V., & Miskulin, I. (2020). Predictors of mental health outcomes in road traffic accident survivors. *Journal of clinical medicine*, 9(2), 309-325.
- Kowalewska, B., Krajewska-Kułak, E., & Sobolewski, M. (2022). The Impact of Stress-Coping Strategies and the Severity of Psoriasis on Self-Esteem, Illness Acceptance and Life Satisfaction. *Dermatology and Therapy*, 1-15.
- Lemos, M. F., Lemos-Neto, S. V., Barrucand, L., Verçosa, N., & Tibirica, E. (2019). Preoperative education reduces preoperative anxiety in cancer patients undergoing surgery: Usefulness of the self-reported Beck anxiety inventory. *Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition)*, 69(1), 1-6.
- Li, H., Lu, W., Wang, A., Jiang, H., & Lyu, J. (2021). Changing epidemiology of chronic kidney disease as a result of type 2 diabetes mellitus from 1990 to 2017: Estimates from Global Burden of Disease 2017. *Journal of diabetes investigation*, 12(3), 346-356.
- Loona, D. P. S., Das, B., Kaur, R., Kumar, R., & Yadav, A. K. (2023). Free Fatty Acid Receptors (FFARs): Emerging Therapeutic Targets for the Management of Diabetes Mellitus. *Current Medicinal Chemistry*, 1(1), 1-10.
- Millon, E. M., & Shors, T. J. (2021). How mental health relates to everyday stress, rumination, trauma and interoception in women living with HIV: A factor analytic study. *Learning and Motivation*, 73(1), 1-10.
- Natalini, E., Fioretti, A., Riedl, D., Moschen, R., & Eibenstein, A. (2021). Tinnitus and Metacognitive Beliefs—Results of a Cross-Sectional Observational Study. *Brain Sciences*, 11(1), 3-15.
- Ngamaba, K. H., Kandala, N. B., Ilenda, F. B., & Mupolo, P. K. (2023). Are men's happiness and life satisfaction linked to why men die earlier than women? A panel study from 1981 to 2020 in 102 countries. *Journal of Happiness and Health*, 3(1), 14-33.
- Østergaard, T., Lundgren, T., Zettle, R. D., Landrø, N. I., & Haaland, V. Ø. (2020). Norwegian Acceptance and Action Questionnaire (NAAQ): A psychometric evaluation. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15(2), 103-109.
- Pang, Z., Tu, D., & Cai, Y. (2019). Psychometric Properties of the SAS, BAI and S-AI Anxiety Scales in Chinese University Students. *Frontiers in psychology*, 10(2), 93-112.
- Paul, R. K., Ahmad, I., Patel, H., Kumar, V., & Raza, K. (2023). Phytochemicals from *Amberboa ramosa* as potential DPP-IV inhibitors for the management of Type-II Diabetes Mellitus: Inferences from In-silico Investigations. *Journal of Molecular Structure*, 1(1), 1-10.
- Paulos-Guarnieri, L., Linares, I. M. P., & El Rafihi-Ferreira, R. (2022). Evidence and characteristics of Acceptance and Commitment Therapy (ACT)-based interventions for insomnia: A systematic review of randomized and non-randomized trials. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 23(2), 1-14.

- Rosella, L. C., Fu, L., Buajitti, E., & Goel, V. (2019). Death and chronic disease risk associated with poor life satisfaction: a population-based cohort study. *American journal of epidemiology*, 188(2), 323-331.
- Ryan, A. K., Pakenham, K. I., & Burton, N. W. (2020). A pilot evaluation of a group acceptance and commitment therapy-informed resilience training program for people with diabetes. *Australian Psychologist*, 55(3), 196-207.
- Sakamoto, R., Ohtake, Y., Kataoka, Y., Matsuda, Y., Hata, T., Otonari, J., ... & Yoshiuchi, K. (2022). Efficacy of acceptance and commitment therapy for people with type 2 diabetes: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Diabetes Investigation*, 13(2), 262-270.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., & Sigmon, S. T. (1991). The will and the ways: Development and validation of an Individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570-585.
- Timulak, L., & McElvaney, J. (2016). Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder: An overview of the model. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46(1), 41-52.
- Timulak, L., Keogh, D., Chigwedere, C., Wilson, C., Ward, F., Hevey, D., ... & Mahon, S. (2022). A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: Results of a feasibility randomized controlled trial. *Psychotherapy*, 59(1), 84.
- Tuncay, F. Ö., & Avcı, D. (2020). Association between self-care management and life satisfaction in patients with diabetes mellitus. *European Journal of Integrative Medicine*, 35, 101099.
- Valla, L., Helseth, S., Småstuen, M. C., Misvær, N., & Andenæs, R. (2022). Factors associated with maternal overall quality of life six months postpartum: a cross sectional study from The Norwegian Mother, Father and Child Cohort Study. *BMC pregnancy and childbirth*, 22(1), 1-8.
- Wang, H., Liu, S., Xu, J., Hu, X., & Han, Z. R. (2023). Daily experiences and well-being of Chinese parents of children with autism. *Autism*, 1(1), 1-10.
- Wen, Y., Han, X., Sun, M., Wang, L., Zhu, X., Wang, X., & Wang, C. (2023). The anxiety and depression status and related influencing factors in patients with type 2 diabetes: Why should we care. *Journal of Radiation Research and Applied Sciences*, 16(1), 1-10.
- Yang, Y., Wang, Q., Li, G., Guo, W., Yang, Z., Liu, H., & Deng, X. (2023). Cysteine-Derived Chiral Carbon Quantum Dots: A Fibrinolytic Activity Regulator for Plasmin to Target the Human Islet Amyloid Polypeptide for Type 2 Diabetes Mellitus. *ACS Applied Materials & Interfaces*, 1(1), 1-10.