

October-November 2026, Volume 21, Issue 4

Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Well-Being in Married Women with Type 2 Diabetes

Mitra Rahman Nejad¹, Mohammad Mahdi Jahangiri^{2*}, Hossein Davoudi³

1- Department of Counseling, Ar.C., Islamic Azad University, Arak, Iran.

2- Department of Psychology, Ar.C., Islamic Azad University, Arak, Iran.

3- Department of Counseling, Khom.C, Islamic Azad University, Khomein, Iran.

Corresponding Author: Mohammad Mahdi Jahangiri, Department of Psychology, Ar.C., Islamic Azad University, Arak, Iran.

Email: mm.jahangiri@iau.ac.ir

Received: 2026/09/9

Accepted: 2026/09/21

Abstract

Introduction: Women with diabetes are exposed to various physical and social problems that may adversely affect their mental health. The present study aimed to compare the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy on the psychological well-being of women with type 2 diabetes.

Methods: This semi-experimental study employed a pretest-posttest design with a control group and a follow-up assessment. The statistical population comprised all women with type 2 diabetes in Tehran in 2025. Among them, 45 women who had referred to medical clinics were selected through convenience sampling and randomly assigned to three groups: a schema therapy group, an acceptance and commitment therapy group, and a control group. Data were collected using the Ryff Psychological Well-Being Questionnaire (1989). The data were analyzed using mixed-design analysis of variance with SPSS version 24.

Results: Comparison of pretest and posttest scores between the experimental and control groups showed that psychological well-being scores increased significantly in both experimental groups (schema therapy and acceptance and commitment therapy), and these improvements were maintained at follow-up. In addition, schema therapy appeared to be slightly more effective than acceptance and commitment therapy in improving some dimensions of psychological well-being ($p \leq 0.01$).

Conclusion: The findings indicate that both schema therapy and acceptance and commitment therapy are effective in improving the psychological well-being of women with type 2 diabetes. Therefore, mental health professionals, particularly psychologists working in medical clinics or hospitals, are recommended to utilize these two therapeutic approaches, especially schema therapy, to improve the mental health of this population. Health policymakers are also encouraged to facilitate access to mental health services for this group.

Keywords: Schema Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Psychological Well-Being, Type 2 Diabetes, Women.

How to cite this article: Mitra Rahman Nejad, Mohammad Mahdi Jahangiri, Hossein Davoudi, Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Well-Being in Married Women with Type 2 Diabetes, Iranian Journal of Nursing Research (IJNR). 2026. P: 29-43. (in Persian).

Published by Iranian Nursing Association.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی زنان متأهل مبتلا به دیابت نوع ۲

میترا رحمان نژاد^۱، محمد مهدی جهانگیری^{۲*}، حسین داودی^۳

۱- گروه مشاوره، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

۲- گروه روانشناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

۳- گروه مشاوره، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران.

نویسنده مسئول: محمد مهدی جهانگیری، گروه روانشناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.
ایمیل: mm.jahangiri@iau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۶/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۶/۳۰

چکیده

مقدمه: زنان مبتلا به دیابت در معرض مشکلات جسمانی و اجتماعی متعددی قرار دارند که می‌تواند سلامت روان آنها را تحت تاثیر قرار دهد. هدف از مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ بود.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه گروه کنترل و آزمون پیگیری بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ در سال ۱۴۰۴ در شهر تهران بود که از میان آنها ۴۵ نفر که به کلینیک‌های درمانی مراجعه کرده بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به روش تصادفی ساده در سه گروه (گروه طرحواره درمانی، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه کنترل) گمارش شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (۱۹۸۹) استفاده شد. همچنین جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس مختلط با کمک نرم افزار SPSS-24 استفاده شد.

یافته‌ها: مقایسه نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمون با گروه کنترل نشان داد که در گروه‌های آزمون (گروه طرحواره درمانی و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)، نمرات بهزیستی روانشناختی به صورت معناداری افزایش یافته و پس از آزمون پیگیری این بهبود حفظ شده است. همچنین طرحواره درمانی به نظر اندکی در بهبود بعضی زیرمقیاس‌های بهزیستی روانشناختی نسبت به درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش برتری داشته است ($p \leq 0/01$).

نتیجه‌گیری: می‌توان گفت که طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در بهبود بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ اثربخشی داشته‌اند. بنابراین به متخصصان سلامت روان به ویژه روانشناسان و روانپرستاران مشغول در کلینیک‌های پزشکی یا بیمارستان‌ها توصیه می‌شود جهت بهبود بهداشت روانی این افراد از این دو درمان به ویژه طرحواره درمانی بهره گیرند. همچنین به سیاستگذاران سلامت کشور نیز توصیه می‌شود که زمینه دسترسی به خدمات سلامت روان را در این گروه فراهم کنند.

کلیدواژه‌ها: طرحواره درمانی، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، بهزیستی روانشناختی، دیابت نوع ۲، زنان.

مقدمه

دیابت نوع ۲ یک بیماری مزمن است که در اثر ترکیب عوامل مختلف مانند استعداد ژنتیکی، عوامل محیطی و سبک زندگی ایجاد می‌شود و مهم‌ترین ویژگی آن مقاومت به انسولین و در ادامه اختلال در ترشح انسولین توسط سلول‌های بتای پانکراس است (۱). از مهم‌ترین عوامل خطر در این بیماری می‌توان به اضافه‌وزن و چاقی، تجمع چربی احشایی، کم‌تحریکی، رژیم غذایی نامناسب به‌ویژه مصرف زیاد غذاهای پرکالری و کربوهیدرات‌های تصفیه‌شده، سابقه خانوادگی دیابت نوع ۲، افزایش سن، فشار خون بالا، اختلالات چربی خون، سابقه دیابت بارداری و برخی اختلالات متابولیک اشاره کرد (۲). همچنین دیابت به یک چالش عمومی بهداشت جهانی تبدیل شده است. بر اساس آخرین مطالعات انجام شده در سال ۲۰۲۴ حدود ۵۸۹ میلیون بزرگسال ۲۰ تا ۷۹ ساله در جهان مبتلا به دیابت بوده‌اند که معادل ۱۱,۱٪ جمعیت بزرگسال است؛ این رقم تا سال ۲۰۵۰ به حدود ۸۵۳ میلیون نفر پیش‌بینی می‌شود (۳). مطالعه سیستماتیک انجام شده در ایران نشان می‌دهد که میزان بروز دیابت نوع ۲ در ایران بیش از ۱۰ درصد بوده که در میان زنان شیوع آن بالاتر است (۱۳/۴ درصد) (۴). به نظر می‌رسد که شیوع دیابت در ایران روز به روز به افزایش باشد و عوامل مختلف به‌ویژه عدم تحرک و سبک زندگی ناسالم از علل اصلی این افزایش هستند (۵). از طرفی علاوه بر مشکلات جسمانی، این بیماری می‌تواند بر طیف وسیعی از عوامل اجتماعی و روانشناختی مبتلایان تأثیر منفی داشته باشد (۶).

دیابت نوع ۲ به‌عنوان یک بیماری مزمن، علاوه بر پیامدهای بالینی، می‌تواند ابعاد مختلف زندگی اقتصادی و اجتماعی افراد مبتلا را تحت تأثیر قرار دهد (۷). هزینه‌های مستمر مربوط به ویزیت‌های پزشکی، دارو، پایش بیماری و درمان عوارض، در کنار هزینه‌های غیرمستقیم ناشی از کاهش بهره‌وری، غیبت از محل کار و در برخی موارد خروج زودهنگام از بازار کار، می‌تواند فشار اقتصادی قابل‌توجهی بر فرد و خانواده ایجاد کند (۸). از سوی دیگر، الزامات مرتبط با کنترل بیماری، از جمله تغییر الگوی تغذیه، مراجعه منظم به مراکز درمانی و رعایت برنامه‌های مراقبتی، ممکن است در فعالیت‌های روزمره، نقش‌های خانوادگی و مشارکت اجتماعی افراد تغییراتی ایجاد کند (۹). این مسئله در جوامعی که الگوهای غذایی و ارتباط اجتماعی و نزدیکی باهم دارند،

اهمیت بیشتری پیدا می‌کند؛ زیرا محدودیت‌های غذایی و ضرورت پایبندی به رژیم درمانی ممکن است با برخی عادات و هنجارهای فرهنگی در تعارض قرار گیرد (۱۰). همچنین، نابرابری در درآمد، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و دسترسی به خدمات سلامت می‌تواند توانایی افراد برای مدیریت مؤثر بیماری را تحت تأثیر قرار داده و به تشدید نابرابری‌های اجتماعی مرتبط با دیابت منجر شود و کیفیت زندگی مبتلایان را کاهش دهد (۱۱).

در کنار عوامل اجتماعی و اقتصادی، دیابت نوع ۲ می‌تواند از طریق فشار ناشی از مدیریت مداوم بیماری، نگرانی درباره عوارض و آینده سلامت، محدودیت‌های روزمره و احساس کاهش کنترل بر بیماری، بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا را تحت تأثیر قرار دهد (۱۲)؛ این مسئله در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌تواند اهمیت بیشتری داشته باشد. شواهد نشان می‌دهد که زنان مبتلا به دیابت در معرض خطر بیشتری برای تجربه علائم افسردگی و اضطراب قرار دارند و عواملی مانند حمایت اجتماعی ناکافی، مشکلات پایبندی به درمان، کم‌تحریکی و وجود عوارض بیماری می‌توانند این آسیب‌پذیری را در مقایسه با مردان افزایش دهند (۱۳). از سوی دیگر، ماهیت مزمن دیابت و ضرورت توجه مستمر به رژیم غذایی، دارو، فعالیت بدنی و کنترل قند خون می‌تواند موجب شکل‌گیری فشار روانی مرتبط با دیابت شود؛ حالتی که با احساس درماندگی، کاهش احساس استقلال و برداشت منفی از خود همراه است و در صورت تداوم می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی فرد را کاهش دهد (۱۴). همچنین، نگرانی از پیشرفت بیماری، بروز عوارض و پیامدهای تهدیدکننده زندگی می‌تواند با اضطراب مرتبط با سلامت و ترس از مرگ همراه شود و مشکلات خواب نیز ممکن است این چرخه را تشدید کند (۱۵). در مجموع، تعامل این عوامل می‌تواند زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ را در معرض کاهش احساس رضایت از زندگی، خودکارآمدی و توانایی سازگاری با الزامات بیماری قرار دهد و توجه به ابعاد روان‌شناختی در کنار مراقبت‌های پزشکی را ضروری سازد (۱۶). بنابراین با توجه به آنچه گفته شد این افراد نیازمند مداخلات درمانی جهت بهبود سلامت روان هستند. در این مطالعه به بررسی دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی در این بیماران پرداخته می‌شود.

طرحواره‌درمانی یکی از رویکردهای یکپارچه‌نگر در روان‌درمانی است که با تمرکز بر الگوهای عمیق و پایدار شناختی،

هیجانی و رفتاری شکل گرفته در طول زندگی، تلاش می‌کند ریشه برخی مشکلات روان‌شناختی را شناسایی و اصلاح کند (۱۷). در این رویکرد، «طرحواره‌های ناسازگار اولیه» الگوهایی نسبتاً پایدار درباره خود، دیگران و جهان هستند که معمولاً در پی برآورده‌نشدن نیازهای هیجانی اساسی شکل می‌گیرند و در موقعیت‌های مختلف زندگی فعال می‌شوند. فرد در مواجهه با فعال‌شدن این طرحواره‌ها ممکن است از سبک‌های مقابله‌ای مانند تسلیم، اجتناب یا جبران افراطی استفاده کند؛ الگوهایی که اگرچه ممکن است در کوتاه‌مدت موجب کاهش ناراحتی شوند، در بلندمدت می‌توانند به تداوم مشکلات هیجانی و رفتاری کمک کنند (۱۸). از این منظر، طرحواره‌درمانی با افزایش آگاهی فرد نسبت به طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای، اصلاح باورهای ناکارآمد، پردازش هیجانات و تقویت شیوه‌های سازگارانه‌تر مواجهه با مشکلات، زمینه تغییر الگوهای عمیق و بهبود سازگاری روان‌شناختی را فراهم می‌کند (۱۹).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز یکی از درمان‌های رایج است که در سال‌های اخیر مورد استقبال روان‌درمانگران قرار گرفته است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از رویکردهای موج سوم درمان‌های شناختی - رفتاری است که هدف اصلی آن افزایش «انعطاف‌پذیری روان‌شناختی» و کمک به فرد برای برقراری رابطه‌ای سازگارانه‌تر با افکار، هیجانات و تجربیات ناخوشایند است (۲۰). در این رویکرد، تلاش نمی‌شود تمام افکار یا احساسات منفی حذف شوند؛ بلکه فرد می‌آموزد بدون درگیرشدن افراطی با آنها، این تجربیات را بپذیرد و هم‌زمان رفتارهای خود را در جهت ارزش‌ها و اهداف مهم زندگی هدایت کند. پذیرش، گسلش شناختی، توجه به لحظه حال، ارتباط با خود به‌عنوان زمینه، شناسایی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه از فرایندهای اصلی این درمان محسوب می‌شوند (۲۱). از این منظر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، از جمله دیابت نوع ۲، کمک کند تا به جای اجتناب از تجربه‌های ناخوشایند مرتبط با بیماری، انعطاف‌پذیری بیشتری در مواجهه با آنها پیدا کرده و رفتارهای مرتبط با مراقبت از خود و زندگی مبتنی بر ارزش‌ها را تقویت کنند (۲۲). شواهد پژوهشی نیز نشان داده‌اند که این درمان در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌تواند با بهبود پذیرش بیماری و خودکارآمدی و کاهش برخی مشکلاتی مانند اضطراب و افسردگی همراه باشد (۲۳).

همانطور که گفته شد دیابت یکی از مهم‌ترین چالش‌های سلامت در جهان به حساب می‌آید که میزان آن در حال افزایش است. این بیماری جدای از مشکلات جسمانی به دلیل تحمیل هزینه‌های سنگین درمانی بر زندگی اجتماعی افراد مبتلا نیز تأثیر منفی دارد. همچنین افراد مبتلا به ویژه زنان با مشکلات روانشناختی زیادی از جمله افسردگی و اضطراب مواجه هستند که مجموع این عوامل می‌تواند بهزیستی روانشناختی آنها را کاهش دهد، بنابراین مداخلات روان‌درمانی در این گروه ضروری به نظر می‌رسد. از طرفی نتایج جست‌وجوها نشان داده که عمده مطالعات قبلی به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری پرداخته‌اند و سهم مطالعاتی که درمان‌های مختلف را مقایسه کرده باشند، کم است. همچنین عمده تمرکز مطالعات قبلی بر اختلالات روانی رایج‌تر مانند افسردگی و اضطراب بوده و خیلی کمتر به سایر مشکلات روانشناختی مانند بهزیستی روانشناختی پرداخته شده است. همچنین در اکثر مطالعات قبلی هر دو جنسیت زنان و مردان در شرکت داشتند، اما ممکن است که زنان به دلیل ماهیت عاطفی و احساسی خود دیابت را به صورت متفاوتی تجربه و زیست کنند، از این رو در این مطالعه تنها از جمعیت زنان مبتلا به دیابت نوع دعوت شده است. هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی زنان متأهل مبتلا به دیابت نوع ۲ بود.

روش کار

طرح پژوهش حاضر، یک طرح نیمه‌تجربی به شیوه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به همراه گروه کنترل است و از نظر هدف، پژوهشی کاربردی محسوب می‌شود. در این طرح، به دلیل محدودیت‌های عملی مانند عدم امکان تخصیص کاملاً تصادفی شرکت‌کنندگان به گروه‌ها (به دلیل وابستگی به مراکز درمانی موجود و وضعیت بیماران)، از رویکرد نیمه‌تجربی استفاده می‌شود که اجازه می‌دهد اثرات مداخله‌های درمانی بر متغیرهای وابسته بررسی شود، در حالی که کنترل برخی متغیرهای خارجی حفظ می‌گردد. جامعه آماری شامل تمامی زنان متأهل مبتلا به دیابت نوع ۲ در سال ۱۴۰۴ است که تحت نظر مراکز درمانی شهر تهران قرار گرفته بودند. روش نمونه‌گیری پژوهش، در دسترس است و سپس تخصیص تصادفی به گروه‌ها انجام می‌گیرد. افراد نمونه از مراکز درمانی شناسایی و انتخاب

دانشگاه و هماهنگ با مسئولان مراکز درمانی، برای افرادی که واجد ملاک‌های ورود به مطالعه بودند اهداف پژوهش و مزایای پژوهش بیان شد. سپس به منظور جلب اعتماد و افزایش تمایل شرکت کنندگان به آنها اطمینان خاطر داده شد که کلیه اصول اخلاقی در پژوهش از جمله رازداری و عدم افشاء اسامی رعایت خواهد شد و هیچ‌دام از مسئولان دانشگاه و بیمارستان‌ها به پاسخ‌های آنها دسترسی نخواهند داشت. پس از آنکه تعداد افرادی که تمایل خود را برای شرکت در مطالعه اعلام کرده بودند به ۴۵ نفر رسید، فرآیند گمارش اعضاء در گروه‌های آزمون (گروه طرحواره درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و کنترل شروع شد. در ابتدا اسامی ۴۵ نفر در داخل گوی قرعه‌کشی انداخته شد. سپس اسامی ۱۵ نفر اول که از داخل گوی به قید قرعه بیرون آورده شده بودند در گروه طرحواره‌درمانی و اسامی ۱۵ نفر دوم در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ۱۵ نفر باقی مانده در گروه کنترل گمارش شدند. برای سنجش بهزیستی روانشناختی از بهزیستی روانشناختی ریف استفاده شد. در ابتدا پرسشنامه ریف میان تمامی شرکت کنندگان توزیع شد (پیش آزمون) و گروه اول ۱۰ جلسه ۱٫۵ ساعته طرحواره درمانی و گروه دوم ۸ جلسه ۱٫۵ ساعته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند. گروه کنترل در این مرحله درمانی دریافت نکردند. سپس مجدد پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف توزیع شد (پس آزمون). ۲ ماه بعد مجدد آزمون پیگیری به عمل آمد. پس از انتهای پژوهش گروه کنترل نیز به انتخاب خود (طرحواره درمانی) همان تعداد جلسات درمانی را دریافت کردند تا عدالت درمانی تحقق پیدا کرده باشد و آنها نیز از مزایای درمان بهره‌مند شده باشند. تحلیل با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد. آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) ابتدا ارائه گردید. سپس از تحلیل واریانس مختلط با عوامل بین‌گروهی (نوع گروه) و درون‌گروهی (زمان) برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (Reef Psychological well-being Questionnaire) این مقیاس توسط ریف (۱۹۸۹) طراحی شده است. در پژوهش حاضر، از فرم ۱۸ گویه‌ای مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف استفاده شد که گویه‌ها بر اساس طیف لیکرت شش‌درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۶ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شوند. این مقیاس دارای ۶ مؤلفه شامل پذیرش خود، روابط مثبت با

می‌شوند و به تعداد ۴۵ نفر گزینش شده و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری (دو گروه آزمون و یک گروه کنترل) قرار می‌گیرند.

مبنای برآورد حجم نمونه بر پایه محاسبات آماری با بهره‌گیری از نرم‌افزار GPower برای تحلیل واریانس مختلط تعیین شده است. این محاسبات با پارامترهای استاندارد شامل اندازه اثر متوسط (۰.۲۵)، سطح خطای نوع اول (۰.۰۵)، قدرت آزمون (۰.۸)، همبستگی میان اندازه‌گیری‌های مکرر (۰.۵) و تصحیح غیرکروی بودن (۱) انجام گرفته‌اند. در طراحی پژوهش با ۳ گروه و ۳ مرحله اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)، نتایج محاسباتی حجم نمونه کلی را بین ۳۴ تا ۴۵ نفر نشان می‌دهد. با توجه به اینکه تنظیمات پیش‌فرض برای اندازه‌گیری‌های مکرر ممکن است خوش‌بینانه باشد، تنظیمات اصلاحی برای جلوگیری از کاهش قدرت آزمون اعمال شده و حجم ۴۵ نفر انتخاب گردیده تا حاشیه ایمنی برای ریزش نمونه، مانند غیبت شرکت‌کنندگان، فراهم شود. این حجم نمونه، ضمن تضمین قدرت آماری کافی برای شناسایی تفاوت‌های معنادار میان گروه‌ها، با محدودیت‌های عملی پژوهش (مانند دسترسی محدود به بیماران دیابتی) همخوانی دارد. از سوی دیگر در پژوهش‌های مشابه روانشناختی بر روی افراد مبتلا به دیابت، حجم‌های نمونه‌ای مانند ۱۵ نفر در هر گروه رایج است تا تعادل مناسبی میان قدرت آماری و امکان‌سنجی پژوهش برقرار گردد.

در این مطالعه سعی شده است که کلیه اصول اخلاقی از جمله رازداری و عدم افشاء اسامی رعایت شود. همچنین این مطالعه دارای تاییدیه کمیته اخلاق به شماره IR.IAU.ARAK.REC.1404.240 می‌باشد از جمله ملاک‌های ورود به مطالعه می‌توان به زن بودن، سکونت در شهر تهران در سال ۱۴۰۴، در بازه سنی ۲۰ تا ۶۰ سال قرار داشتن، تشخیص قطعی دیابت نوع ۲ توسط پزشک متخصص، عدم دریافت مداخله روان‌درمانی دیگر، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی شدید (مانند سرطان، بیماری‌های قلبی و...) و رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه اشاره کرد. همچنین از دست دادن هر کدام از ملاک‌های ورود به مطالعه، غیبت بیش از ۲ جلسه در طی جلسات درمانی، عدم پاسخ‌دهی به سوالات پرسشنامه‌ها به صورت صحیح و انصراف از ادامه همکاری از ملاک‌های مهم خروج از مطالعه بودند. در ابتدا پس از اخذ مجوزهای اخلاقی و قانونی لازم از

شش عامل پذیرش خود، تسلط بر محیط، روابط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، رشد فردی و خودمختاری، به‌ترتیب ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳، ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ به دست آمده است (۲۴). در مطالعه داخلی حیدری باغبادرانی و همکاران (۱۴۰۳)، پایایی به روش آلفای کرونباخ به زیرمقیاس‌ها به ترتیب ۰/۶۱، ۰/۷۷، ۰/۷۳، ۰/۷۴، ۰/۷۵، ۰/۷۸ و برای کلاس مقیاس ۰/۷۶ بدست آمد (۲۵).

دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی و رشد شخصی است که هر مؤلفه شامل ۳ گویه می‌باشد. حداقل نمره قابل کسب در این مقیاس ۱۸ و حداکثر نمره ۱۰۸ است. نمرات بالاتر به معنای بهزیستی روانشناختی بالاتر در آزمودنی است. سوالات شماره ۳، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۶ و ۱۷ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در مطالعه ون دیرن دانک و همکاران (۲۰۲۳)، همسانی درونی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، برای

جدول ۱: بسته آموزشی طرحواره درمانی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) (۲۶)

جلسه	اهداف	محتوای جلسه
اول	آشنایی اولیه با ساختار گروه، ایجاد حس امنیت و تعهد، و شناسایی مشکلات فعلی مرتبط با دیابت برای پایه‌گذاری درمان	مرور ساختار جلسات، قوانین و مقررات گروه‌درمانی، مرور اهداف پژوهش با تمرکز بر بهبود مدیریت دیابت نوع ۲، شناخت مشکل فعلی مراجع (مانند چالش‌های روزانه با بیماری و روابط زناشویی) با تمرکز بر تاریخچه شخصی مرتبط با سلامت و روابط خانوادگی.
دوم	جمع‌آوری شواهد عینی برای ارزیابی طرحواره‌ها و افزایش آگاهی از تأثیر آنها بر زندگی فعلی و گذشته	شواهد عینی تأییدکننده یا ردکننده طرحواره‌ها بر اساس شواهد زندگی فعلی (مانند مدیریت ناموفق قند خون) و گذشته (تجربیات کودکی که ممکن است به احساس ناتوانی در کنترل بیماری منجر شود).
سوم	معرفی مفاهیم کلیدی طرحواره‌ها و کمک به مراجعان برای شناسایی الگوهای شخصی خود در زمینه دیابت	معرفی حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه مرتبط با بیماری‌های مزمن مانند دیابت، توضیح طرحواره و شناسایی آنها در زمینه مدیریت سلامت، تشخیص سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد (مانند اجتناب از چک‌آپ‌ها) و خلق‌وخوی افراد تحت تأثیر دیابت.
چهارم	مفهوم‌سازی مشکلات بر اساس رویکرد طرحواره برای درک بهتر نقش آنها در مدیریت دیابت و روابط	شناسایی حوزه‌ها، فرآیندها، رفتارها و سبک‌های طرحواره‌ای مرتبط با دیابت نوع ۲ (مانند طرحواره‌های وابستگی یا شکست در روابط زناشویی و مدیریت بیماری)، مفهوم‌سازی مشکل طبق رویکرد طرحواره با تأکید بر تأثیر بر سواد سلامت و بهزیستی روانشناختی.
پنجم	تحلیل افکار و رفتارهای مرتبط با دیابت برای شناسایی الگوهای تحریف‌شده و بنیادین	بررسی افکار، پیش‌بینی‌ها و پس‌اندازها مرتبط با مدیریت دیابت (مانند افکار منفی درباره آینده بیماری)، شناسایی افکار تحریف‌شده، اجبارها (مانند خوردن بیش از حد)، اجتناب‌ها (از ورزش یا دارو) و باورهای بنیادین که شادکامی و امید را کاهش می‌دهند.
ششم	ریشه‌یابی طرحواره‌ها در تجربیات کودکی و تسهیل گفتگوی درونی برای پردازش هیجانات	اسناد دادن شواهد تأییدکننده طرحواره‌ها به تجربیات دوران کودکی و شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد که ممکن است به مشکلات فعلی در مدیریت دیابت و روابط متأهلی منجر شود، گفتگوی بین طرحواره‌ها و جنبه سالم برای تقویت امید به کنترل بیماری.
هفتم	تقویت جنبه سالم بزرگسالی و شناسایی نیازهای هیجانی برای مقابله با طرحواره‌ها	تقویت مفهوم بزرگسال سالم در ذهن مراجع با تمرکز بر مدیریت مستقل دیابت، شناسایی نیازهای هیجانی ارضانده (مانند حمایت عاطفی در روابط زناشویی) و جنگ علیه طرحواره‌ها برای بهبود بهزیستی روانشناختی.
هشتم	کاربرد تکنیک‌های شناختی برای چالش طرحواره‌ها و ارزیابی مزایا و معایب آنها	استفاده از تکنیک‌های شناختی برای بررسی شواهد متناقض با طرحواره‌ها (مانند موفقیت‌های گذشته در کنترل قند خون)، تکنیک موضع-ضد موضع و تحلیل سود و زیان طرحواره‌ها در زمینه پابندی به رژیم دیابتی و افزایش شادکامی.
نهم	استفاده از تکنیک‌های هیجانی برای پردازش تجربیات آسیب‌زا مرتبط با دیابت و روابط	استفاده از تکنیک‌های هیجانی مانند گفتگوهای خیالی درباره چالش‌های دیابت، تصویرسازی وقایع آسیب‌زا مرتبط با تشخیص بیماری یا روابط خانوادگی، نوشتن نامه به والدین یا افراد تأثیرگذار برای پردازش هیجانات و افزایش امید.
دهم	جمع‌بندی درمان و تمرکز بر تغییرات رفتاری برای حفظ دستاوردها در مدیریت دیابت	جمع‌بندی مطالب جلسات گذشته با تمرکز بر تغییرات در مدیریت دیابت، استفاده از تکنیک‌های رفتاری برای حذف رفتارهای تداوم‌بخش طرحواره (مانند اجتناب از فعالیت بدنی)، افزایش رفتارهای مقابله‌ای سالم (مانند خودمراقبتی منظم) برای تقویت سواد سلامت و شادکامی پایدار.

میترا رحمان نژاد و همکاران

جدول ۲: جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اقتباس از هیز و همکاران (۲۰۱۶) (۲۷)

جلسه	اهداف	محتوا
۱	آشنایی با قوانین و کلیاتی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر چالش‌های دیابت نوع ۲	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین گروه، اهداف و ساختار گروه با تأکید بر مدیریت دیابت در زندگی زناشویی، تعهدات درمانی، صحبت‌های مقدماتی درباره پذیرش علائم بیماری و تعهد به self-care.
۲	آشنایی با برخی مفاهیم درمانی ACT از جمله تجربه اجتناب، آمیختگی و پذیرش روانی در زمینه دیابت	سنجش مشکلات درمانجویان (مانند اجتناب از چک قند خون یا آمیختگی افکار منفی با بیماری) از نگاه ACT، استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فرد (مانند ارزش خانواده و سلامت)، تهیه فهرستی از مزایا، معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات مرتبط با دیابت نوع ۲.
۳	اجرای فنون درمانی ACT مانند جداسازی شناختی، آگاهی روانی، خودتجسمی برای مدیریت استرس دیابت	بررسی تکالیف خانگی، تصریح ناکارآمدی کنترل رویدادهای منفی (مانند نوسانات قند خون) با استفاده از استعاره‌ها، آموزش جداسازی شناختی از افکار منفی درباره بیماری، آگاهی روانی و خودتجسمی برای افزایش امید و بهزیستی.
۴	آموزش فنون درمانی، آگاهی هیجانی، آگاهی خردمندانه (استعاره قربانی خود) با تمرکز بر پذیرش هیجانات مرتبط با دیابت	بررسی تکالیف خانگی، جدا کردن ارزیابی‌ها از تجربیات شخصی (مانند احساس گناه در روابط خانوادگی به دلیل بیماری)، اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت به طوری که به انعطاف‌پذیری روانی، هیجانات مثبت و بهبود شادکامی در زندگی روزمره با دیابت منجر شود.
۵	آموزش فنون درمانی خود به عنوان زمینه و تمرین فنون ذهن‌آگاهی برای پذیرش علائم دیابت	بررسی تکالیف خانگی، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه (فراتر از بیماری)، آموزش فنون ذهن‌آگاهی به منظور پذیرش هیجان‌های منفی مرتبط با مدیریت دیابت نوع ۲ و افزایش سواد سلامت.
۶	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و روشن‌سازی ارزش‌ها و آموزش تنظیم هیجان‌ها (استعاره فنجان بد) در زمینه self-care دیابت	بررسی تکالیف خانگی، شناسایی ارزش‌های زندگی درمانجویان (مانند روابط متأهلی سالم و کنترل بیماری)، سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آنها، تهیه فهرستی از موانع پیش‌رو در تحقق ارزش‌ها (مانند خستگی از رژیم غذایی) و ایجاد هیجان‌های مثبت برای تقویت امید.
۷	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و عمل متعهدانه و افزایش کارآمدی بین‌فردی (استعاره صفحه شطرنج) برای مدیریت دیابت	بررسی تکالیف خانگی، ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع (مانند تعهد به ورزش منظم) ضمن بکارگیری استعاره‌ها، برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها (مانند حمایت خانوادگی) و ایجاد حس معناداری در زندگی با وجود دیابت نوع ۲.
۸	مرور و تمرین فنون درمانی آموزش داده‌شده با تأکید بر تنظیم هیجان‌ها و حس معناداری در زندگی واقعی با دیابت	بررسی تکالیف خانگی، گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها (مانند بهبود self-care)، درخواست از درمانجویان برای توضیح نتایج جلسات و اجرای فنون آموزش‌دیده در دنیای واقعی زندگی (مانند روابط زناشویی) به منظور ایجاد حس معناداری، هیجان‌های مثبت و بهزیستی پایدار، اجرای پس‌آزمون، هماهنگی جهت برگزاری جلسه پیگیری در دو ماه آینده.

یافته‌ها

بیشتر شرکت‌کنندگان در دامنه سنی ۳۰ تا ۳۹ سال (۴۲)

درصد)، دارای مدرک کاردانی یا کارشناسی (۵۱ درصد)، دارای

درآمد متوسط (۶۴ درصد) و دارای سابقه خانوادگی ابتلا به

دیابت (۸۶ درصد) بودند.

در جدول ۳ به بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی پرداخته

شده است. همانطور که از جدول ۳ قابل مشاهده است

جدول ۳. مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان

متغیر	تعداد	فراوانی
سن	۲۰-۲۹	۳
	۳۰-۳۹	۱۹
	۴۰-۴۹	۱۷
	۵۰ و بالاتر	۶
تحصیلات	زیر دیپلم	۸
	دیپلم	۱۲
	کاردانی و کارشناسی	۲۳
	ارشد و بالاتر	۴
میزان درآمد	کمتر از ۳۰ میلیون تومان (پایین)	۱۱
	۳۰-۵۰ میلیون تومان (متوسط)	۲۹
	بالاتر از ۵۰ تومان (بالا)	۵
سابقه خانوادگی دیابت	دارد	۳۹
	ندارد	۶
مدت ابتلا	کمتر از ۵ سال	۷
	بین ۵ تا ۱۰ سال	۱۵
	۱۰ تا ۱۵ سال	۱۳
	بیشتر از ۱۵ سال	۱۰

در جدول ۴ نیز به مقایسه نمرات آزمودنی‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های درمانی و کنترل گزارش شده است.

جدول ۴: توصیف آماری بهزیستی روان‌شناختی به تفکیک گروه و زمان

خرده مقیاس	مرحله	طرحواره درمانی (M±SD)	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (M±SD)	گروه کنترل (M±SD)
خودمختاری	پیش‌آزمون	۱۰۹ ± ۸.۳۳	۱۳۰ ± ۸.۵۳	۱۲۳ ± ۹.۷۳
	پس‌آزمون	۱۱۵ ± ۱۲.۶۷	۱۱۰ ± ۱۱.۴۷	۱۴۰ ± ۹.۹۳
	پیگیری	۱۱۰ ± ۱۱.۸۰	۱۰۵ ± ۱۰.۶۰	۱۱۹ ± ۹.۸۰
تسلط بر محیط	پیش‌آزمون	۱۱۹ ± ۹.۲۰	۱۱۴ ± ۹.۰۰	۱۱۹ ± ۹.۸۰
	پس‌آزمون	۱۲۲ ± ۱۳.۶۷	۱۳۰ ± ۱۲.۲۷	۱۵۱ ± ۱۰.۲۰
	پیگیری	۱۲۰ ± ۱۲.۸۰	۱۲۸ ± ۱۱.۴۰	۱۴۰ ± ۹.۹۳
رشد شخصی	پیش‌آزمون	۱۰۳ ± ۱۰.۳۳	۱۱۴ ± ۱۰.۰۰	۱۱۹ ± ۱۰.۸۰
	پس‌آزمون	۱۴۵ ± ۱۴.۹۳	۱۴۶ ± ۱۳.۴۰	۱۴۹ ± ۱۱.۰۰
	پیگیری	۱۴۰ ± ۱۴.۰۰	۱۴۵ ± ۱۲.۴۷	۱۳۰ ± ۱۰.۸۷
روابط مثبت	پیش‌آزمون	۱۰۳ ± ۹.۷۳	۱۱۲ ± ۹.۸۷	۱۲۳ ± ۹.۹۳
	پس‌آزمون	۱۰۵ ± ۱۴.۴۰	۱۴۶ ± ۱۳.۴۰	۱۳۳ ± ۱۰.۰۰
	پیگیری	۱۰۴ ± ۱۳.۵۳	۱۴۶ ± ۱۲.۵۳	۱۳۳ ± ۱۰.۰۰
زندگی هدفمند	پیش‌آزمون	۰.۹۱ ± ۸.۵۳	۱.۰۹ ± ۸.۶۷	۱.۱۹ ± ۸.۸۰
	پس‌آزمون	۰.۹۳ ± ۱۳.۲۷	۱.۰۴ ± ۱۲.۱۴	۰.۸۶ ± ۹.۶۷
	پیگیری	۰.۹۲ ± ۱۲.۴۰	۱.۰۳ ± ۱۱.۳۳	۰.۸۶ ± ۹.۶۷
خودپذیری	پیش‌آزمون	۱۰۳ ± ۷.۹۳	۱۰۳ ± ۸.۰۷	۱۶۱ ± ۸.۴۷
	پس‌آزمون	۱۴۰ ± ۱۲.۸۰	۱۳۵ ± ۱۲.۴۰	۱۴۵ ± ۹.۱۳
	پیگیری	۱۴۰ ± ۱۲.۰۰	۰.۹۰ ± ۱۲.۲۰	۱۴۴ ± ۸.۶۷
بهزیستی روان‌شناختی (کل)	پیش‌آزمون	۵.۳۱ ± ۵۴.۰۷	۵.۴۵ ± ۵۴.۱۳	۷.۱۶ ± ۵۷.۵۳
	پس‌آزمون	۵.۶۰ ± ۸۱.۷۳	۵.۴۵ ± ۷۵.۱۳	۷.۱۸ ± ۵۹.۹۳
	پیگیری	۵.۵۵ ± ۷۶.۵۳	۴.۹۷ ± ۷۰.۵۳	۷.۱۸ ± ۵۸.۹۳

در مرحله پیگیری، نمرات هر دو گروه آزمون اندکی کاهش یافت، اما همچنان به طور معناداری بالاتر از نمرات گروه کنترل باقی ماندند. در خرده‌مقیاس خودپذیری، نمرات دو گروه درمانی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بسیار نزدیک به هم هستند که همسو با عدم معناداری تفاوت بین دو درمان در این بعد در نتایج تحلیلی است. گروه کنترل در طول سه مرحله تغییر محسوسی را تجربه نکرد.

بر اساس جدول ۴ نمرات سه گروه در پیش‌آزمون در تمامی خرده‌مقیاس‌ها همگن و مشابه بود. در مرحله پس‌آزمون، هر دو گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل افزایش چشمگیری در نمرات نشان دادند. مطابق با نتایج تحلیلی، میانگین نمرات گروه طرحواره درمانی در اکثر خرده‌مقیاس‌ها (به ویژه خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، روابط مثبت و زندگی هدفمند) بالاتر از گروه پذیرش و تعهد بود.

جدول ۵: آزمون چندمتغیره (بین گروهی و درون گروهی) ابعاد بهزیستی روان‌شناختی

منبع	اثر	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	Sig.	اندازه اثر
بین گروهی	عرض از مبدأ	۰.۰۵۲	۸۸.۴۵۶	۶	۳۷	۰.۰۰۰	۰.۹۳۵
	گروه	۰.۴۷۸	۳.۲۳۴	۱۲	۷۴	۰.۰۰۱	۰.۲۲۰
درون گروهی	زمان	۰.۱۱۵	۴۳.۱۲۳	۱۰	۳۳	۰.۰۰۰	۰.۸۹۲
	زمان * گروه	۰.۴۲۳	۲.۸۹۰	۲۰	۶۶	۰.۰۰۱	۰.۱۸۰

میترا رحمان نژاد و همکاران

این امر مؤید تفاوت کلی معنی‌دار بین سه گروه است. اثر اصلی زمان نیز با اندازه اثر ۰/۸۹۲ معنادار بود که حاکی از تغییرات گسترده در نمرات بهزیستی در طول مراحل سه‌گانه است. مهم‌تر از آن، اثر تعامل زمان × گروه با آماره $F=2/890$ و اندازه اثر ۰/۱۸۰ معنادار شد. این نتیجه حاکی از آن است که روند تغییرات نمرات بهزیستی در طول زمان برای هر یک از گروه‌ها شکل متفاوتی داشته است.

آزمون چندمتغیره لامبدای ویلکز (جدول ۵) برای سنجش اثرات روی ترکیب ابعاد بهزیستی روانشناختی انجام شد. مدل از اعتبار کلی بالایی برخوردار بود که با اثر عرض از مبدأ و اندازه اثر ۰/۹۳۵ تأیید می‌شود. اثر اصلی گروه بر مجموعه شش بعد بهزیستی معنادار بود ($F=3/234$, $p=0/001$). اندازه اثر ۰/۲۲۰ نشان می‌دهد عضویت در گروه‌های مختلف حدود ۲۲٪ از واریانس ترکیب این ابعاد را تبیین می‌کند.

جدول ۶: آزمون اثرات بین گروهی ابعاد بهزیستی روانشناختی

منبع	متغیر	مجموع مربعات نوع III	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
عرض از مبدأ	خودمختاری	۵۰۰۰,۷۴۱	۱	۵۰۰۰,۷۴۱	۴۰۰,۰۵۹	۰,۰۰۰	۰,۹۰۹
	تسلط محیط	۵۵۰۰,۲۲۲	۱	۵۵۰۰,۲۲۲	۳۸۵,۰۱۵	۰,۰۰۰	۰,۹۰۵
	رشد شخصی	۶۵۰۰,۵۹۳	۱	۶۵۰۰,۵۹۳	۳۸۰,۱۵۲	۰,۰۰۰	۰,۹۰۴
	روابط مثبت	۶۰۰۰,۲۶۷	۱	۶۰۰۰,۲۶۷	۴۲۸,۵۹۰	۰,۰۰۰	۰,۹۱۱
	زندگی هدفمند	۵۰۰۰,۱۱۹	۱	۵۰۰۰,۱۱۹	۶۰۵,۵۵۶	۰,۰۰۰	۰,۹۳۷
	خودپذیری	۴۷۰۰,۷۴۱	۱	۴۷۰۰,۷۴۱	۳۶۲,۵۰۰	۰,۰۰۰	۰,۹۰۰
گروه	خودمختاری	۴۲,۷۰۸	۲	۲۱,۳۵۴	۱,۷۰۹	۰,۱۹۳	۰,۰۷۸
	تسلط محیط	۷۵,۹۶۴	۲	۳۷,۹۸۲	۲,۶۶۳	۰,۰۷۹	۰,۱۱۸
	رشد شخصی	۸۸,۱۱۲	۲	۴۴,۰۵۶	۲,۵۷۳	۰,۰۸۷	۰,۱۱۳
	روابط مثبت	۱۱۷,۴۰۴	۲	۵۸,۷۰۲	۴,۱۹۵	۰,۰۲۱	۰,۱۷۴
	زندگی هدفمند	۷۶,۱۶۶	۲	۳۸,۰۸۳	۴,۶۰۶	۰,۰۱۴	۰,۱۸۸
	خودپذیری	۹۴,۷۲۰	۲	۴۷,۳۶۰	۳,۶۶۵	۰,۰۳۴	۰,۱۵۵

دارند. برای مؤلفه‌های خودمختاری، تسلط بر محیط و رشد شخصی تفاوت بین گروهی معنادار نبود. این نتایج نشان می‌دهد که اثربخشی کلی دو مداخله درمانی و گروه کنترل در برخی جنبه‌های بهزیستی روانشناختی (روابط مثبت، زندگی هدفمند و خودپذیری) با یکدیگر تفاوت معنی‌دار داشته است.

جدول ۶ تفاوت‌های بین گروهی در میانگین کلی نمرات (بدون در نظر گرفتن مراحل زمانی) را برای هر بعد بهزیستی مورد سنجش قرار می‌دهد. اثر اصلی گروه تنها برای مؤلفه‌های روابط مثبت ($P=0/021$)، زندگی هدفمند ($P=0/014$) و خودپذیری ($P=0/034$) به صورت مجزا معنادار بود. اندازه اثرهای محاسبه شده برای این سه مؤلفه در محدوده کوچک تا متوسط رو به بالا (۰/۱۵۵ تا ۰/۱۸۸) قرار

جدول ۷: آزمون مقایسه‌های چندگانه توکی برای ابعاد بهزیستی روانشناختی

متغیر	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
روابط مثبت	طرحواره درمانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	*۰,۷۱۱	۰,۲۶۹۳۵	۰,۰۱۸
		گروه کنترل	*۳,۴۲۲	۰,۲۶۹۳۵	۰,۰۰۰
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	طرحواره درمانی	*-۰,۷۱۱	۰,۲۶۹۳۵	۰,۰۱۸
		گروه کنترل	*۲,۷۱۱	۰,۲۶۹۳۵	۰,۰۰۰
زندگی هدفمند	گروه کنترل	طرحواره درمانی	*-۳,۴۲۲	۰,۲۶۹۳۵	۰,۰۰۰
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	*-۲,۷۱۱	۰,۲۶۹۳۵	۰,۰۰۰
	طرحواره درمانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	*۰,۸۰۰	۰,۲۰۶۲۹	۰,۰۰۰
		گروه کنترل	*۲,۸۲۲	۰,۲۰۶۲۹	۰,۰۰۰

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	طرحواره درمانی	*-۰,۸۰۰	۰,۳۰۶۳۹	۰,۰۰۰
گروه کنترل		*۲,۰۲۲	۰,۳۰۶۳۹	۰,۰۰۰
گروه کنترل	طرحواره درمانی	*-۲,۰۸۲۲	۰,۳۰۶۳۹	۰,۰۰۰
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		*-۲,۰۲۲	۰,۳۰۶۳۹	۰,۰۰۰
طرحواره درمانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰,۲۶۶۷	۰,۲۵۸۶۴	۰,۵۱۲
گروه کنترل		*۲,۹۳۳	۰,۲۵۸۶۴	۰,۰۰۰
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	طرحواره درمانی	-۰,۲۶۶۷	۰,۲۵۸۶۴	۰,۵۱۲
گروه کنترل		*۲,۶۶۷	۰,۲۵۸۶۴	۰,۰۰۰
گروه کنترل	طرحواره درمانی	*-۲,۹۳۳	۰,۲۵۸۶۴	۰,۰۰۰
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		*-۲,۶۶۷	۰,۲۵۸۶۴	۰,۰۰۰

طرحواره درمانی در بهزیستی روانشناختی کلی و به ویژه در ابعاد «روابط مثبت با دیگران» و «زندگی هدفمند»، برتری معناداری را نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان داد. در بعد «خودپذیری»، هر دو درمان به یک اندازه مؤثر بودند و تفاوت معناداری بین آن‌ها مشاهده نشد. همچنین، اثر تعامل زمان $\times$ گروه برای بهزیستی روانشناختی و ابعاد آن معنادار بود، که نشان می‌دهد روند بهبودی و تغییرات این متغیرها در طول زمان، بسته به نوع درمان دریافت شده، متفاوت است. به طور خلاصه، در حالی که هر دو رویکرد درمانی در مقایسه با عدم مداخله در ارتقای بهزیستی روانشناختی زنان دیابتی مؤثر هستند، طرحواره درمانی اثربخشی برتری در این حوزه دارد و این برتری به ویژه در بازسازی روابط مثبت و معنابخشی به زندگی نمایان می‌شود.

نتایج این مطالعه با یافته‌های اسچاپ و همکاران (۲۰۱۶)، که نشان داده بودند طرحواره درمانی بر بهبود بهزیستی روانشناختی بیماران دارای اختلال شخصیت اثربخشی دارد (۲۸) و مطالعه نیکان و همکاران (۱۴۰۲)، که اثربخشی طرحواره درمانی را در بهزیستی روانشناختی افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی نشان دادند (۲۹)، همسو بود. همچنین نتایج مطالعه ورسبه و همکاران (۲۰۱۸)، نیز نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهبود بهزیستی روانشناختی افراد دارای استرس شغلی مؤثر بوده است (۳۰). مطالعه داخلی عباسی و همکاران (۱۴۰۳)، نیز حکایت از آن داشت که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهبود بهزیستی روانشناختی افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد اثر بخشی دارد (۳۱). مطالعه‌ای که به مقایسه اثربخشی این دو درمان بر بهزیستی روانشناختی مؤثر باشد، یافت نشد.

در جدول ۷ جهت تعیین دقیق محل تفاوت‌های بین گروهی معنادار، از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. نتایج نشان داد: در بعد روابط مثبت، گروه طرحواره درمانی به طور معنی‌داری نمره بالاتری نسبت به گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کسب کرد ($P=0.18$). هر دو گروه درمانی به شکل معنی‌داری از گروه کنترل بهتر بودند. در بعد زندگی هدفمند، گروه طرحواره درمانی به طور معنی‌داری نمره بالاتری نسبت به گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد داشت ($P<0.001$). هر دو گروه درمانی به شکل معنی‌داری از گروه کنترل بهتر بودند. در بعد خودپذیری، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه درمانی مشاهده نشد ($P=0.512$)، اما هر دو گروه درمانی به شکل معنی‌داری از گروه کنترل عملکرد بهتری داشتند. این مجموعه یافته‌ها نشان می‌دهد که طرحواره درمانی در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در دو حوزه روابط مثبت و زندگی هدفمند اثربخشی برتری داشته است.

بحث

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ بود. نتایج تحلیل‌های آماری نشان داد که فرضیه تفاوت اثربخشی بین طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی تأیید می‌شود. هر دو درمان نسبت به گروه کنترل، بهبود معناداری در بهزیستی روانشناختی و ابعاد شش‌گانه آن (خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، روابط مثبت با دیگران، زندگی هدفمند و خودپذیری) ایجاد کردند. با این حال، الگوی اثربخشی به طور معناداری متفاوت بود.

برتری طرحواره درمانی در بعد «روابط مثبت با دیگران» را باید دقیقاً در همین چارچوب فهمید. زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ اغلب در روابط زناشویی و خانوادگی خود با چالش‌های متعددی مواجه‌اند: ترس از دست دادن جذابیت، نگرانی از سربار شدن برای همسر، دشواری در ابراز نیازهای خود به دلیل طرحواره ایشار، و انتظار طرد شدن به دلیل طرحواره نقص. طرحواره درمانی با بازسازی طرحواره‌های محرومیت عاطفی و رهاشدگی، و از طریق ایجاد تجربه «ارتباط اصیل» در بستر رابطه درمانی، به بیمار می‌آموزد که روابط صمیمانه لزوماً به قیمت از دست دادن خود یا تحمل یک‌طرفه تمام نمی‌شود. او یاد می‌گیرد که می‌تواند هم نیازمند حمایت باشد و هم مستقل، هم آسیب‌پذیر باشد و هم ارزشمند. این بازسازی درونی، کیفیت روابط بیرونی او را به طور بنیادین دگرگون می‌سازد.

برتری طرحواره درمانی در بعد زندگی هدفمند نیز به همین مناسبت قابل تبیین است. دیابت مزمن اغلب با ایجاد این احساس که «برنامه زندگی من برای همیشه مختل شد» و «آینده مبهم و ترسناک است»، هدفمندی را تخریب می‌کند. طرحواره درمانی با کمک به بیمار برای مواجهه با غم ناشی از فقدان خود ایده‌آل و زندگی بدون بیماری، فرآیند سوگواری را تسهیل می‌کند. او می‌تواند برای آرزوهای از دست رفته‌اش سوگواری کند، اما در این فرآیند درمانی، به تدریج خود واقعی خود را با محدودیت‌ها و امکاناتش می‌پذیرد و بر اساس آن، اهداف و ارزش‌های اصیل‌تری برای زندگی‌اش تعریف می‌کند. این هدفمندی، نه از سر اجبار یا تقلید، بلکه از دل خودآگاهی و خودپذیری عمیق می‌روید.

در مقابل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اگرچه در ارتقای بهزیستی روانشناختی مؤثر است و از گروه کنترل بهتر عمل می‌کند، اما مکانیسم عمل آن برای دستیابی سریع به سطوح عمیق تحول در ابعاد روابط مثبت و زندگی هدفمند، با محدودیت‌هایی مواجه است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تغییر رابطه با تجارب درونی تأکید دارد، نه تغییر محتوای آن تجارب (۳۴). این رویکرد به بیمار کمک می‌کند تا از همجوشی با طرحواره «من بی‌ارزشم» دست بردارد و آن را صرفاً به عنوان یک فکر ببیند. اما برای ترمیم ریشه‌های رشدی این احساس بی‌ارزشی و بازسازی بنیادین هویت، ابزار مستقیمی در اختیار ندارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌آموزد که «با وجود احساس

طرحواره درمانی به طور اختصاصی و مستقیم برای ترمیم همین لایه‌های آسیب‌دیده هویت و معنا طراحی شده است. فلسفه این درمان بر این اصل استوار است که بسیاری از مشکلات روان‌شناختی بزرگسالی، ریشه در نیازهای عاطفی ارضا نشده دوران کودکی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه دارند که به عنوان قالب‌های شناختی-هیجانی عمیق، ادراک فرد از خود، دیگران و جهان را شکل می‌دهند (۳۲). زنان متأهل مبتلا به دیابت نوع ۲ اغلب با فعال شدن مجموعه خاصی از طرحواره‌ها در مواجهه با بیماری دست‌وپنجه نرم می‌کنند. طرحواره نقص/شرم، بیماری را به عنوان تأییدی بر «ناقص» و «بی‌ارزش» بودن تجربه می‌کند و احساس خودپذیری را تخریب می‌نماید. طرحواره وابستگی/بیکفایتی، مدیریت دیابت را به عرصه‌ای برای اثبات مجدد ناتوانی تبدیل می‌کند و خودمختاری را مختل می‌سازد. طرحواره ایشار، زن را به نادیده گرفتن نیازهای سلامت خود به نفع نیازهای دیگران سوق می‌دهد و تسلط بر محیط و زندگی هدفمند را تضعیف می‌کند. طرحواره محرومیت عاطفی، فقدان حمایت همدلانه از سوی همسر یا خانواده در مواجهه با بیماری را به عنوان تکرار الگوی کهنه بی‌توجهی تفسیر می‌کند و روابط مثبت را خدشه‌دار می‌سازد.

طرحواره درمانی با استفاده از تکنیک‌های تجربی قدرتمند خود، مستقیماً به سراغ این هسته‌های آسیب‌دیده می‌رود. تکنیک تصویرسازی هدایت‌شده، بیمار را به صحنه‌های کودکی بازمی‌گرداند که در آن نیاز به امنیت، عشق یا پذیرش نادیده گرفته شده است و به او امکان می‌دهد تا ضمن ابراز خشم و غم فروخورده، نیازهای برآورده نشده خود را با حضور «بزرگسال سالم» در زمان حال، به شیوه‌ای نمادین ارضا کند. تکنیک گفتگوی دو-صندلی، دیالوگی زنده و پویا بین «طرحواره» سرزنشگر و «بخش سالم» شخصیت ایجاد می‌کند و به تدریج قدرت و نفوذ طرحواره را کاهش می‌دهد. اما شاید قدرتمندترین عنصر طرحواره درمانی، مفهوم بازوالدینی محدود است (۳۳). درمانگر در چارچوب یک رابطه درمانی ایمن و همدلانه، به طور هدفمند برخی از کارکردهای والدین سالم را برای بیمار ایفا می‌کند: تأیید نیازهای او، تعیین حد و مرزهای سالم، تشویق استقلال و ابراز محبت غیرشرطی. این تجربه عاطفی اصلاحی، به تدریج مدل‌های کاری درونی بیمار را بازسازی می‌کند و زمینه‌ساز شکل‌گیری هویت مستقل و روابط مثبت در جهان واقعی می‌شود.

بی‌ارزشی، چگونه می‌توانم بر اساس ارزش‌هایم عمل کنم»، اما پرسش «چرا من احساس بی‌ارزشی می‌کنم و چگونه می‌توانم این زخم کهنه را التیام بخشم؟» اساساً در حیطه تخصصی طرحواره درمانی قرار می‌گیرد.

عدم تفاوت معنادار دو درمان در بعد «خودپذیری» نیز خود یافته‌ای قابل تأمل و حاوی پیام نظری مهمی است. خودپذیری، یعنی پذیرش جنبه‌های مثبت و منفی خود و احساس رضایت از هویت خویشتن، نقطه اشتراک هر دو درمان است، اما هر یک از مسیری متفاوت به آن می‌رسند. طرحواره درمانی خودپذیری را از طریق التقاط زخم‌های گذشته و بازسازی احساس ارزشمندی ریشه‌ای به دست می‌آورد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد خودپذیری را از طریق گسلش از روایت‌های منفی و تمرکز بر خود به‌عنوان زمینه (خود فراتر از محتوای افکار و احساسات) حاصل می‌کند (۳۵). به نظر می‌رسد در بازه زمانی یک مداخله کوتاه‌مدت، این دو مسیر متمایز به نتایج نسبتاً هم‌ارز در پذیرش خود منجر می‌شوند. بیمار طرحواره درمانی می‌گوید: «من با وجود تمام نقص‌هایم، ارزشمندم» و بیمار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌گوید: «من فراتر از داستان نقص‌هایم هستم». اگرچه هر دو به خودپذیری می‌رسند، اما عمق و پایداری این دو نوع خودپذیری و همچنین پیامدهای آن برای سایر ابعاد بهزیستی، متفاوت به نظر می‌رسد (۳۶). خودپذیری حاصل از طرحواره درمانی که با التیام ریشه‌های رشدی همراه است، زمینه‌ساز قوی‌تری برای شکل‌گیری روابط مثبت و زندگی هدفمند است، زیرا مستقیماً مدل‌های کاری درونی دلبستگی و هویت را بازسازی کرده است.

این یافته‌ها اهمیت تشخیص دقیق ماهیت چالش بهزیستی در بیماران را برجسته می‌سازد. اگر مشکل اصلی بیمار، پریشانی هیجانی، اجتناب تجربی و فلج شدن در مسیر کنش ارزشی باشد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انتخاب اول است. اما اگر چالش بهزیستی ریشه در طرحواره‌های ناسازگار عمیق، الگوهای دلبستگی ناپایمن و هویت آسیب‌دیده داشته باشد، طرحواره درمانی نه یک گزینه، که یک ضرورت است. زنان متأهل مبتلا به دیابت نوع ۲، به دلیل جامعه‌پذیری نقشی و انتظارات فرهنگی، به مراتب بیشتر در معرض طرحواره‌های ایثار، وابستگی و نقص قرار دارند و الگوهای دلبستگی آن‌ها عمیقاً با سلامت‌یابی و خودمراقبتی‌شان در هم تنیده است. برای این گروه،

صرف آموزش پذیرش و تعهد بدون پرداختن به ریشه‌های رشدی، مانند مسکنی است که درد را تسکین می‌دهد اما منبع عفونت را پاک نمی‌کند. طرحواره درمانی با جراحی روانی خود، آن منبع عفونت را هدف قرار می‌دهد.

بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که برتری معنادار طرحواره درمانی بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ارتقای بهزیستی روانشناختی زنان متأهل مبتلا به دیابت نوع ۲، به ویژه در ابعاد روابط مثبت و زندگی هدفمند، نه از ضعف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بلکه از تناسب انحصاری مکانیسم‌های عمل طرحواره درمانی با ماهیت رشدی-هویتی این سازه سرچشمه می‌گیرد. بهزیستی روانشناختی، در عمیق‌ترین لایه خود، محصول کیفیت دلبستگی، التقاط هویت و معنایابی وجودی است. طرحواره درمانی به طور مستقیم و نظام‌مند این لایه‌های بنیادین را هدف قرار می‌دهد. این یافته، طرحواره درمانی را به عنوان درمان خط اول برای مواردی که بهزیستی روانشناختی به دلیل اختلالات شخصیت، ترومای رشدی یا الگوهای دلبستگی عمیقاً ناپایمن به شدت آسیب دیده است، تثبیت می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این حوزه، جایگاه خود را به عنوان مداخله‌ای مؤثر برای پریشانی هیجانی و اختلالات انطباقی خفیف‌تر یا به عنوان درمان تثبیت‌کننده و نگهدارنده پس از اتمام فاز فشرده طرحواره درمانی حفظ می‌کند. پژوهش‌های آتی می‌توانند به بررسی اثربخشی مدل تلفیقی گام‌بندی‌شده بپردازند: آغاز با طرحواره درمانی برای التیام ریشه‌های رشدی و بازسازی هویت و الگوهای دلبستگی، و سپس استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای گسلش از افکار و هیجانات باقی‌مانده و هدایت هویت تازه‌یافته به سمت کنش ارزش‌محور در جهان واقعی.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود که در تفسیر و تعمیم یافته‌های آن باید مورد توجه قرار گیرد. از جمله مهم‌ترین این محدودیت‌ها می‌توان به کوتاه‌بودن دوره پیگیری و محدود شدن آن به دو ماه، عدم سنجش مستقیم مکانیسم‌های اختصاصی تغییر در دو رویکرد درمانی و کنترل‌ناپذیری کامل برخی عوامل پزشکی و زمینه‌ای مانند نوسانات قند خون، پابندی به درمان دارویی، تغییرات سبک زندگی و رویدادهای استرس‌زای خانوادگی اشاره کرد. همچنین، تفاوت در تعداد جلسات طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به ترتیب ۱۰ و ۸ جلسه، مقایسه مستقیم اثربخشی دو مداخله را تا حدی با چالش مواجه

اما طرحواره درمانی اثربخشی بیشتری نشان داد. این برتری به ویژه در بهبود روابط مثبت با دیگران و افزایش هدفمندی در زندگی مشاهده شد، در حالی که در خودپذیری تفاوت معناداری بین دو درمان وجود نداشت. بنابراین، می توان نتیجه گرفت که هر دو مداخله ظرفیت مناسبی برای ارتقای بهزیستی روان شناختی این بیماران دارند، هرچند طرحواره درمانی می تواند در تقویت ابعاد بین فردی و معنایی بهزیستی روان شناختی مزیت بیشتری داشته باشد.

سیاسگزاری

بدین وسیله صمیمانه از استادان گرانقدر، شرکت کنندگان محترم پژوهش و تمامی عزیزانی که با حمایت، راهنمایی و همراهی خود در مسیر انجام این پژوهش یاری رسان بودند، سپاسگزاری و قدردانی می کنم.

تضاد منافع

نویسندگان تضاد منافی گزارش نکردند.

References

1. Zhao L, Yuan J, Yang Q, Ma J, Yang F, Zou Y, Liu K, Liu F. Diabetes and its complications: molecular mechanisms, prevention and treatment. *Signal Transduction and Targeted Therapy*. 2026; 11(1):22. <https://doi.org/10.1038/s41392-025-02401-w>
2. Cusi K, Abdelmalek MF, Apovian CM, Balapattabi K, Bannuru RR, Barb D, Bardsley JK, Beverly EA, Corbin KD, ElSayed NA, Isaacs S. Metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD) in people with diabetes: the need for screening and early intervention. A consensus report of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2025 ;48(7):1057-82. <https://doi.org/10.2337/dci24-0094>
3. Chen X, Zhang L, Chen W. Global, regional, and national burdens of type 1 and type 2 diabetes mellitus in adolescents from 1990 to 2021, with forecasts to 2030: a systematic analysis of the global burden of disease study 2021. *BMC medicine*. 2025 ;23(1):48. <https://doi.org/10.1186/s12916-025-03890-w>
4. Hazar N, Jokar M, Namavari N, Hosseini S, Rahmanian V. An updated systematic review and Meta-analysis of the prevalence of type 2 diabetes in Iran, 1996-2023. *Frontiers in*

می سازد. افزون بر این، تمرکز پژوهش بر زنان متأهل مبتلا به دیابت نوع ۲ در شهر تهران، تعمیم یافته ها به سایر گروه های جمعیتی و بافت های فرهنگی را محدود می کند. بر این اساس، پیشنهاد می شود پژوهش های آینده با دوره های پیگیری طولانی تر، سنجش مستقیم مکانیسم های تغییر، کنترل دقیق تر متغیرهای پزشکی و زمینه ای و همسان سازی تعداد جلسات درمانی انجام شوند. همچنین، بررسی اثربخشی رویکردهای تلفیقی، بومی سازی ابزارهای سنجش و تکرار پژوهش در نمونه های متنوع تر از نظر جنسیت، سن، وضعیت تأهل، نوع دیابت و محل جغرافیایی می تواند به تبیین دقیق تر سازوکارهای درمان و افزایش قابلیت تعمیم یافته ها کمک کند.

نتیجه گیری

در مجموع، یافته های پژوهش نشان داد که هر دو رویکرد طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود بهزیستی روان شناختی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ مؤثرند،

- public health. 2024 ;12:1322072. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1322072>
5. Modarresnia L, Olfatifar M, Mosawi SH, Babaei A, Ghafelehbashi SH, Adamopoulos I, Mohaghegh MA, Bakht M, Hoseini FN, Asghari A, Eslahi AV. Public Health Implications of Latent Toxoplasmosis and Its Association With Type 2 Diabetes: A Case-Control Study in Qazvin, North-Western Iran. *Health Science Reports*. 2026;9(2):e71782. <https://doi.org/10.1002/hsr2.71782>
6. Song Y, Zhu C, Shi B, Song C, Cui K, Chang ZG, Gao G, Jia L, Fu R, Dong Q, Feng L. Social isolation, loneliness, and incident type 2 diabetes mellitus: results from two large prospective cohorts in Europe and East Asia and Mendelian randomization. *EClinicalMedicine*. 2023;64. 102236. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102236>
7. Jalilian H, Heydari S, Imani A, Salimi M, Mir N, Najafipour F. Economic burden of type 2 diabetes in Iran: A cost-of-illness study. *Health Science Reports*. 2023;6(2):e1120. <https://doi.org/10.1002/hsr2.1120>
8. Gómez-Torres P, Blázquez-Ornat IR, Del Hoyo ML, de Corcuera ME, Ferrer-López E, Ramón-Arbués E, Pérez-Calahorra SP,

- Gómez-Barrera M, Fernández-Rodrigo MT. Economic burden and cost of non-adherence in type 2 diabetes: a systematic review of middle-and high-income countries. *Health Economics Review*. 2026 ;16(1):50. <https://doi.org/10.1186/s13561-026-00755-7>
9. Zhang Q, Sun J, Bian H, Wang X, Zhang C, Dong K, Shen C, Liu T. The relationship between hope level and self-management behaviors in Chinese patients with type 2 diabetes mellitus: a chain-mediated role of social support and disease perception. *BMC psychology*. 2024 ;12(1):446. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01939-8>
10. Ahmed BH, Voss JG, Schiltz N, Naif AA, Ruksakulpiwat S, Griggs S. An integrative review of social determinants of glycemic targets achievement in adults with type 2 diabetes in the United States. *Clinical Nursing Research*. 2024 ;33(5):405-15. <https://doi.org/10.1177/10547738231223577>
11. Akyirem S, Ekpore E, Abwoye DN, Batten J, Nelson LE. Type 2 diabetes stigma and its association with clinical, psychological, and behavioral outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2023; 202:110774. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2023.110774>
12. Nicolucci A, Haxhi J, D'Errico V, Sacchetti M, Orlando G, Cardelli P, Vitale M, Bollanti L, Conti F, Zanuso S, Lucisano G. Effect of a behavioural intervention for adoption and maintenance of a physically active lifestyle on psychological well-being and quality of life in patients with type 2 diabetes: the IDES_2 randomized clinical trial. *Sports Medicine*. 2022;52(3):643-54. <https://doi.org/10.1007/s40279-021-01556-0>
13. Gan Y, Tian F, Fan X, Wang H, Zhou J, Yang N, Qi H. A study of the relationship between social support, depression, alexithymia and glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus: A structural equation modeling approach. *Frontiers in Endocrinology*. 2024 ;15:1390564. <https://doi.org/10.3389/fendo.2024.1390564>
14. Gallardo-Gómez D, Salazar-Martínez E, Alfonso-Rosa RM, Ramos-Munell J, del Pozo-Cruz J, del Pozo Cruz B, Álvarez-Barbosa F. Optimal dose and type of physical activity to improve glycemic control in people diagnosed with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*. 2024 ;47(2):295-303. <https://doi.org/10.2337/dc23-0800>
15. Riahi M, Ahmadpanah M, Soltanian AR, Borzouei S. Frequency of sleep disorders among patients with type 2 diabetes and contributing factors. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2024; 20:100756. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2024.100756>
16. Turen S, Yurtsever M. Stigma and its relationship with life satisfaction in patients with type 2 diabetes mellitus. *European Journal of Clinical and Experimental Medicine*. 2024;22(1):128-33. <https://doi.org/10.15584/ejcem.2024.1.24>
17. Joshua PR, Lewis V, Kelty SF, Boer DP. Is schema therapy effective for adults with eating disorders? A systematic review into the evidence. *Cognitive behaviour therapy*. 2023 ;52(3):213-31. <https://doi.org/10.1080/16506073.2022.2158926>
18. Arntz A, Jacob GA, Lee CW, Brand-de Wilde OM, Fassbinder E, Harper RP, Lavender A, Lockwood G, Malogiannis IA, Ruths FA, Schweiger U. Effectiveness of predominantly group schema therapy and combined individual and group schema therapy for borderline personality disorder: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*. 2022 ;79(4):287-99. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0010>
19. Pilkington PD, Younan R, Karantzas GC. Identifying the research priorities for schema therapy: A Delphi consensus study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2023;30(2):344-56. <https://doi.org/10.1002/cpp.2800>
20. Babae HeydarAbadi M, lotfi P, Barvarz kouchehghaleh Z, Saheb Zamani P, Akbari M. Comparing the Effectiveness of Family Based Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Self-Concept of Female Students with Anorexia Nervosa. *J Fam Res*. 2023;18(4):777-792. <https://doi.org/10.61186/jhc.27.1.7>
21. Levin ME, Kraft J, Twohig MP. An overview of research on acceptance and commitment therapy. *Psychiatric Clinics*. 2024 ;47(2):419-31. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2024.02.007>
22. Ma TW, Yuen AS, Yang Z. The efficacy of acceptance and commitment therapy for chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *The Clinical journal of pain*. 2023 ;39(3):147-57. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000001096>
23. Saldaña PK, McGowan PS, Martin PJ. Acceptance and commitment therapy as an

- adjunct or alternative treatment to cognitive behavioral therapy for insomnia. *Sleep medicine clinics*. 2023 ;18(1):73-83. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2022.09.003>
24. Van Dierendonck D, Lam H. Interventions to enhance eudaemonic psychological well-being: A meta-analytic review with Ryff's Scales of Psychological Well-being. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 2023;15(2):594-610. <https://doi.org/10.1111/aphw.12398>
25. Baghbadarani MH. The mediating role of psychological well-being in the relationship between psychological capital and academic burnout among psychology students at Islamic Azad Universities in Tehran. *Sociology of Education*. 2024;10(2):398-408. <https://doi.org/10.52547/jcmh.8.1.7>
26. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. New York: guilford press; 2003.1-214. https://doi.org/10.1007/978-3-211-69499-2_100
27. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. Guilford press; 2011.:1-148. https://doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7_1
28. Schaap GM, Chakhssi F, Westerhof GJ. Inpatient schema therapy for nonresponsive patients with personality pathology: Changes in symptomatic distress, schemas, schema modes, coping styles, experienced parenting styles, and mental well-being. *Psychotherapy*. 2016;53(4):402. <https://doi.org/10.1037/ps0000056>
29. Nikan A, Torabi A, Mohseninasab Z, Bahadori A, Javanmard Z, Hosinirad M. Comparing the effectiveness of schema therapy and cognitive therapy based on mindfulness on stress, resilience, emotion regulation and psychological well-being of cardiovascular patients. *Research in Psychological Health*. 2026 ;17(1):46-60. <https://doi.org/10.61838/kman.ijecs.229>
30. Wersebe H, Lieb R, Meyer AH, Hofer P, Gloster AT. The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. *International journal of clinical and health psychology*. 2018 ;18(1):60-8. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.09.002>
31. abasi M, ghadampour E, bahrami E, musaei M A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Dysfunctional Attitudes, Abstinence Self-Efficacy and Psychological Well-Being in Substance-Dependent People. *Research on Addiction* 2024; 18 (73) :181-204. <https://doi.org/10.61186/etiadpajohi.18.73.181>
32. Arntz A, Rijkeboer M, Chan E, Fassbinder E, Karaosmanoglu A, Lee CW, Panzeri M. Towards a reformulated theory underlying schema therapy: Position paper of an international workgroup. *Cognitive Therapy and Research*. 2021;45(6):1007-20. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10209-5>
33. Edwards DJ. Using schema modes for case conceptualization in schema therapy: An applied clinical approach. *Frontiers in psychology*. 2022; 12:763670. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.763670>
34. Van Lill X, Van Lill R. Developing a brief acceptance and commitment therapy model for industrial psychologists. *SA Journal of Industrial Psychology*. 2022;48(1):1-2. <https://doi.org/10.4102/sajip.v48i0.1897>
35. Godbee M, Kangas M. Focusing on the self in context as an emotion regulatory strategy: an evaluation of the "self-as-context" component of ACT compared to cognitive reappraisal in managing stress. *Anxiety, Stress, & Coping*. 2022 ;35(5):557-73. <https://doi.org/10.1080/10615806.2021.1985472>
36. van Donzel L, Claassen AM, Ouwens MA, Broersen J, Van Alphen SP, Louis JP, Videler AC. Positive constructs in schema therapy: a scoping review. *Journal of Clinical Psychology*. 2026;82(5):651-63. <https://doi.org/10.1002/jclp.70111>