

Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on the Mental Health of Patients with a History of Myocardial Infarction

Alireza Seyfi Ardali¹ (M.S.), Yoones Shahbazi¹ (M.S.), Mohammad Javad Katani¹ (M.S.),
Mehrdad Azarbarzin^{2*} (Ph.D.)

1 Master of Science in Medical-Surgical Nursing, Student Research Committee, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

2 Associate Professor, Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Na.C. , Islamic Azad University, Najafabad, Iran

Abstract

Received: 10 Jan. 2025

Accepted: 3 Aug. 2025

Background and Aim: Cognitive-behavioral therapy is one of the effective types of psychotherapy in the treatment of psychiatric disorders such as anxiety disorders, depression and improving mental health. This study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy on the mental health of patients with a history of myocardial infarction hospitalized in hospitals in Kermanshah province in 2024.

Materials and Methods: The present study is applied in terms of purpose and in terms of implementation method, it is a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population of this study included all patients hospitalized with myocardial infarction in hospitals in Kermanshah province, from whom 45 people were selected conveniently and based on the inclusion and exclusion criteria and were randomly assigned to two experimental groups and one control group (three groups of 15 people). To collect the information required for the study, the Goldberg (2003) Demographic and Mental Health Questionnaire was used. SPSS statistical software and t-test and ANOVA statistical tests were used to analyze the research data.

Results: Out of a total of 45 participants, 29 were male (65.4%) and 16 were female (34.6%). The comparison of their mean mental health scores before the intervention in the pre-test and post-test was (64.8±11.18, 63.33±11.34), (62.6±12.22, 58.07±12.94) and (64.87±10.56, 61.87±10.59), respectively. Also, the results of the analysis of covariance test for comparing mental health in the acceptance and commitment therapy and cognitive therapy groups showed that the F value obtained was 7.111 and its significance level was also smaller than 0.05 and was significant (P<0.05). As a result, both text-based acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy had a positive effect on the mental health of patients with a history of heart attack, and among them, the effectiveness of acceptance and commitment therapy was higher.

Conclusion: Considering the lower mean scores of the ACT-based therapy group in the post-test, it can be concluded that it was more effective than cognitive behavioral therapy in increasing mental health.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Cognitive-Behavioral Therapy (CBT), Mental Health, Myocardial Infarction

* Corresponding Author:
Azarbarzin M
Email:
m-azarbarzin@iau.ac.ir

مقایسه‌ی اثربخشی رویکردهای درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و شناختی-رفتاری (CBT) بر سلامت روان بیماران دارای سابقه‌ی سکتة قلبی

علیرضا سیفی‌اردلی^۱، یونس شهبازی^۱، محمدجواد کتانی^۱، مهرداد آذربرزین^{۲*}

چکیده

زمینه و هدف: درمان شناختی-رفتاری یکی از انواع مؤثر روان‌درمانی در درمان اختلال‌های روان‌پزشکی نظیر اختلالات اضطرابی، افسردگی و بهبود سلامت روان است. این مطالعه با هدف مقایسه‌ی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر سلامت روان بیماران دارای سابقه‌ی سکتة قلبی بستری در بیمارستان‌های استان کرمانشاه در سال ۱۴۰۳ انجام شده است.

روش بررسی: مطالعه‌ی حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه‌ی اجرا، نیمه‌تجربی دارای طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری این مطالعه، شامل کلیه بیماران بستری شده‌ی سکتة قلبی در بیمارستان‌های استان کرمانشاه بود که از میان آن‌ها ۴۵ نفر به‌صورت در دسترس و بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند (سه گروه ۱۵ نفره). جهت جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز پژوهش، از پرسش‌نامه دموگرافیک و سلامت روان گلدبرگ (۲۰۰۳) استفاده گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از نرم‌افزار آماری SPSS و آزمون‌های آماری t-test و ANOVA استفاده شد.

یافته‌ها: از مجموع ۴۵ نفر شرکت‌کننده ۲۹ نفر مرد (۶۵/۴ درصد) و ۱۶ نفر زن (۳۴/۶ درصد) بودند که مقایسه میانگین نمرات سلامت روان آن‌ها قبل از مداخله در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌ترتیب (۶۳/۳۳±۱۱/۳۴، ۶۴/۸±۱۱/۱۸)، (۶۲/۶±۱۲/۲۲)، (۵۸/۰۷±۱۲/۹۴) و (۶۴/۸۷±۱۰/۵۶، ۶۱/۸۷±۱۰/۵۹) بوده و نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای مقایسه سلامت روان در گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی نشان داد که مقدار F به‌دست آمده برابر با ۷/۱۱۱ است و سطح معنی‌داری آن نیز کوچک‌تر از ۰/۰۵ بوده و معنادار است ($P < 0/05$). در نتیجه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری هر دو بر سلامت روان بیماران دارای سابقه سکتة قلبی تأثیر مثبت داشته‌اند و در این میان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بالاتر بوده است. **نتیجه‌گیری:** باتوجه به پایین‌تر بودن میانگین نمره‌های گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پس‌آزمون، می‌توان نتیجه گرفت که نسبت به درمان شناختی رفتاری در افزایش سلامت روان مؤثرتر بوده است. **واژه‌های کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی-رفتاری، سلامت روان، سکتة قلبی

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۱۰/۲۱

پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۵/۱۲

* نویسنده مسئول:

مهرداد آذربرزین؛

مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی
واحد نجف‌آباد دانشگاه آزاد اسلامی

Email:

m-azarbarzin@iau.ac.ir

۱ کارشناس ارشد پرستاری داخلی-جراحی، کمیته تحقیقات دانشجویی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

۲ دانشیار مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

مقدمه

حمله‌ی قلبی زمانی رخ می‌دهد که خون به اندازه کافی در اختیار عضله‌ی قلب قرار نمی‌گیرد. این عارضه با نام انفارکتوس میوکارد نیز معرفی می‌شود و به‌طور ناگهانی فرد را درگیر می‌کند. حمله قلبی یک وضعیت اورژانسی است و اگر اقدامات درمانی به موقع انجام نشود، زندگی بیمار تهدید خواهد شد. هر چقدر اختلال خون‌رسانی به قلب طولانی‌تر شود به همان میزان بر آسیب قلبی افزوده خواهد شد (۱). افراد دچار سکته قلبی پس از سکنه نیاز به مراقبت‌های روانی و پزشکی زیادی دارند که یکی از اصلی‌ترین عوامل تمرکز بر ارتقای سلامت و آرامش روانی این افراد است (۲).

سلامت، مفهومی چندبعدی است. فرد ممکن است از یک جنبه سالم و از جنبه‌ای دیگر در شرایط بیماری قرار داشته باشد. بسیاری از افراد ممکن است علی‌رغم این‌که به مشکلات و بیماری‌های بسیاری دچار باشند (نظیر پادرد، میگرن، مشکل دید، افسردگی، اضطراب و ...) خود را همچنان سالم تصور کنند (۳). ممکن است فرد بیماری جسمانی مشخصی نداشته باشد اما به دلیل عدم رضایت از وضعیت روحی روانی، خود را بیمار تصور کند و نیز وضعیت سلامت ممکن است نقطه‌ای در یک پیوستار در نظر گرفته شود، یعنی سلامت یا عدم آن را سایه و سفید در نظر نگرفت (۲). سلامت بهنجار در بر دارنده‌ی میزان معینی از علایم یا نشانه‌های بیماری است که بسته به جنس، یا تجربه‌ی فرد یا هنجارهای اجتماعی در افراد تفاوت دارد. جنبه یا وجه کارکردی سلامت یکی از مهمترین عوامل تعریف سلامت در بین عموم است. توانایی ایفای نقش‌های اجتماعی یکی از ویژگی‌های سلامت است و وقتی نتوانیم کارها را انجام بدهیم می‌فهمیم سالم نیستیم (۴). سلامت روانی به‌عنوان وضعیت رفاه و حالتی از بهبودی تعریف شده است که در طول آن هر شخص می‌تواند توانایی‌های بالقوه‌ی خویش را بالفعل کند، با اضطراب‌های عادی زندگی مقابله کرده و به شکل سازنده‌ای به کار و فعالیت بپردازد و در اجتماعی که متعلق به آن است نقش مؤثری ایفا کند. سلامت روانی را وضعیتی از بلوغ روان‌شناختی می‌دانند که عبارت است از: حداکثر اثربخشی و رضایت به‌دست آمده از تقابل فردی و اجتماعی که شامل احساسات و بازخوردهای مثبت نسبت به خود و دیگران است (۲).

عوامل و درمان‌های روان‌شناختی زیادی می‌تواند در افزایش سلامت روان مؤثر باشد که از بین آن‌ها می‌توان به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک الگوی سلامت را دنبال می‌کند و در آن فرض می‌شود که هدف زندگی سالم ربطی به احساس خوب یا بد داشتن ندارد، از این رو

از لحاظ روان‌شناختی، داشتن افکار و احساسات‌های نامطلوب به اندازه‌ی داشتن افکار و احساسات مطلوب معرف سلامت روان است (۵).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، چندین ویژگی مجزا و مشخص دارد. از برجسته‌ترین این ویژگی‌ها ارتباط کامل با یک نظریه و پژوهش درباره ماهیت زبان و شناخت انسان (نظریه چارچوب ارتباطی) است. این پیوند با قواعد رفتاری بنیادی، به ایجاد مدلی منحصر به فرد و تجربی از عملکرد انسان منجر شده است. مدل مزبور متشکل از شش فرایند درمانی است؛ فرایندهایی که ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر دارند: گسلش شناختی، پذیرش، تماس با لحظه‌ی اکنون، خویشتن مشاهده‌گر، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه (۶).

در این درمان ابتدا سعی می‌شود تا پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و ...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هر گونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به‌طور کامل پذیرفت. در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه‌ی حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه‌ی حال آگاهی می‌یابد (۷). در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی)، به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. مرحله چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی یا داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. مرحله پنجم، کمک به فرد تا این‌که ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها) و در نهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه؛ یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می‌تواند افکار افسرده‌کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث، هراس‌ها و یا اضطراب‌های اجتماعی باشند (۷).

روش درمانی دیگری که برای بهبود سلامت روان در مراکز مشاوره کاربرد دارد، درمان شناختی-رفتاری است (۸). درمان‌های شناختی-رفتاری شامل راهبردهایی هستند که به‌منظور تغییر تفکر، نگرش، ادراک و رفتار افراد مسئله‌دار طراحی شده‌اند. درمان شناختی-رفتاری، اساساً رویکردی است که استفاده از آن برای درمان گروه وسیعی از اختلال‌های روانی مورد توجه و حمایت نظری و تجربی فراوانی قرار گرفته است. در این رویکرد که روش‌های شناختی و رفتاری در کنار هم به کار می‌روند،



گرفتند. ابزار اصلی جهت جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه‌ای مبتنی بر دو بخش بود که در بخش اول اطلاعات دموگرافیک افراد شرکت‌کننده در پژوهش شامل سن، جنس و سنجش تحصیلات بوده و در بخش دوم از پرسش‌نامه‌ی استاندارد سلامت روانی Goldberg (۱۹۷۲) استفاده شد. این پرسش‌نامه دارای ۲۸ سوال بوده که ۴ زیر مؤلفه شامل: علایم جسمانی‌سازی، علایم اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی داشته و هر زیر مقیاس شامل ۷ سوال می‌باشد. روش نمره‌گذاری، روش لیکرتی است که گزینه‌ها به صورت (۳-۲-۱-۰) نمره داده می‌شوند، حداکثر نمره آزمودنی با این روش در پرسش‌نامه‌ی مذکور ۸۴ خواهد بود و نمره بالاتر نشانگر سلامت روانی بیشتر می‌باشد. در مطالعه‌ی ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۶) به کمک آلفای کرونباخ، پایایی پرسش‌نامه محاسبه شده و نتیجه ۰/۹۷ حاصل شد که نشان‌دهنده‌ی پایایی مطلوب بود. همچنین برای سنجش روایی این مقیاس در همان مطالعه، از روش محتوایی استفاده گردید و روایی قابل‌قبولی، گزارش شد (۱۱). در راستای اجرای تحقیق، ابتدا دریافت مجوزهای مرتبط برای انجام مطالعه انجام گردید و پس از کسب رضایت آگاهانه از نمونه‌ها و اطمینان دادن به آن‌ها مبنی بر عدم استفاده از نام آن‌ها و همچنین آزاد بودن آن‌ها در عدم مشارکت در پژوهش و امکان خروج آن‌ها از پژوهش در هر مرحله ۴۵ نفر نمونه در دسترس انتخاب شدند و سپس بر اساس قرعه‌کشی افراد به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. دو گروه آزمایش نیز بر اساس پرتاب سکه در گروه درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، دسته‌بندی شده و بر این اساس گروه اول در جلسه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار داده شدند که این درمان در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای طبق پروتکل Hayes و همکاران (۲۰۰۶) انجام شد (۱۲). گروه دوم در جلسه‌های درمان شناختی-رفتاری طبق پروتکل Wildermuth (۲۰۰۸) شرکت داده شد که این جلسه‌ها به صورت ۹ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد (۱۳). قبل از شروع جلسات و بعد از اجرای آخرین جلسات پرسش‌نامه‌ی فوق توسط افراد تکمیل گردید. درمان‌گران برگزارکننده‌ی جلسات متخصصانی دارای گواهینامه یا مجوز مناسب در حرفه‌های سلامت روان، دارای تحصیلات رسمی در روان‌شناسی، مشاوره یا زمینه‌های مرتبط و دارای آموزش و تجربه‌ی خاص در ارایه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بودند.

جدول ۱ و ۲ به بررسی شرح مختصری از موارد ذکر شده در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری پرداخته است.

بر شناسایی باورهای نادرست، منفی و غیرمنطقی تأثیرگذار بر عواطف و رفتارهای بیماران و اصلاح این باورهای زیربنایی با استفاده از فنون شناختی و رفتاری تأکید می‌شود. درمان شناختی-رفتاری را می‌توان هم در موقعیت‌های درمان فردی و هم در موقعیت‌های درمان گروهی به‌کار گرفت و به نتایج خوبی دست یافت (۹). اساساً درمان شناختی-رفتاری از تلفیق دو رویکرد رفتار درمانی و رویکرد شناختی پدید آمده است. امروزه این رویکرد نظریه و نگرش‌های نسبتاً متفاوتی را در خود جای داده است که تنها وجه مشترک آن‌ها، توجه به نقش واسطه‌ی فرایندهای شناختی در پردازش اطلاعات و بروز واکنش فرد به محرک‌هاست. این رویکرد از اصطلاحات و مفاهیمی استفاده می‌کند که به نحوی در چارچوب رفتاری معنا پیدا می‌کنند و قابل ارزیابی و سنجش تلقی می‌شوند (۱۰).

باتوجه به این‌که هر یک از رویکردهای درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و شناختی-رفتاری (CBT) دارای مزایا و محدودیت‌های خاص خود هستند و در مطالعات پیشین برتری نسبی آن‌ها به‌ویژه در جمعیت بیماران قلبی مورد بررسی قرار نگرفته است، پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی اثربخشی این دو روش بر سلامت روان بیماران دارای سابقه‌ی سکته قلبی انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه‌ی اجرا، نیمه‌تجربی دارای طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه بیماران دچار سکته قلبی بستری شده در بیمارستان‌های شهدا و فارابی شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۳ بود که از میان آن‌ها ۴۵ نفر بر اساس معیارهای ورود شامل: رضایت شخصی برای شرکت در مطالعه، نمره پایین‌تر از متوسط در مقیاس سلامت روان، عدم استفاده از داروهای اثرگذار بر روان و معیارهای خروج شامل: عدم توانایی برای ادامه شرکت در جلسات، عدم رضایت شخصی برای ادامه در جلسات، رنج بردن از اختلالات روانی مزمن، به‌ویژه اختلالات شخصیتی و اعتیاد به هرگونه داروی غیرقانونی، سابقه‌ی روان‌درمانی و استفاده از داروهای خاص در نظر گرفته شد. برای همگن‌سازی گروه‌ها تلاش شد که عوامل اقتصادی-اجتماعی شرکت‌کنندگان تا حد امکان مشابه و یکسان در نظر گرفته شوند تا تفاوت‌های مشاهده‌شده در نتایج صرفاً ناشی از متغیر مورد مطالعه باشد و نه ناشی از تفاوت‌های زمینه‌ای بین گروه‌ها. افراد دارای معیارهای ورود به مطالعه به‌صورت در دسترس انتخاب شده و بر اساس قرعه‌کشی به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره قرار

مدول ۱: پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	<ul style="list-style-type: none"> معرفی مفاهیم اصلی ACT: پذیرش، تعهد، انعطاف‌پذیری روانی آموزش نقش ذهن‌آگاهی و پذیرش در مواجهه با مشکلات روانی تعریف اهداف درمانی و آشنایی با روند جلسات
جلسه دوم	<ul style="list-style-type: none"> آموزش مفهوم پذیرش به جای اجتناب یا کنترل سخت‌گیرانه افکار و احساسات تمرینات پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند آموزش تنفس و تمرینات آرام‌سازی
جلسه سوم	<ul style="list-style-type: none"> آموزش شناخت و فاصله‌گذاری از افکار منفی به عنوان کلمات، نه حقایق مطلق تمرین‌های عملی برای تفکیک ذهنی (مثل گفتن افکار به صورت طنز، تمرین نام‌گذاری افکار)
جلسه چهارم	<ul style="list-style-type: none"> آموزش تمرین‌های ذهن‌آگاهی برای حضور در زمان حال بدون قضاوت تمرین‌های ساده برای تمرکز روی تجربه‌های حسی و جسمی در زمان حال
جلسه پنجم	<ul style="list-style-type: none"> آموزش مفهوم خود به‌عنوان زمینه یا مشاهده‌گر که از افکار و احساسات جداست تمرین‌هایی برای تقویت این دیدگاه و کاهش هویت‌یابی با افکار منفی
جلسه ششم	<ul style="list-style-type: none"> کمک به مراجع برای شناسایی ارزش‌های زندگی و اهداف معنادار آموزش تمایز بین اهداف رفتاری و ارزش‌ها
جلسه هفتم	<ul style="list-style-type: none"> برنامه‌ریزی برای رفتارهای سازنده و متناسب با ارزش‌ها تعیین اهداف رفتاری مشخص، قابل اندازه‌گیری و واقع‌گرایانه
جلسه هشتم	<ul style="list-style-type: none"> مرور تمام مراحل درمان و پیشرفت مراجع برنامه‌ریزی برای ادامه تمرین‌ها و حفظ تغییرات به‌دست آمده آموزش مقابله با بازگشت مشکلات و مدیریت آن‌ها

مدول ۲: پروتکل درمانی شناختی- رفتاری

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	<ul style="list-style-type: none"> ارایه اطلاعات پایه‌ای در مورد روان‌درمانی شناختی- رفتاری بیان علت برگزاری این جلسات و هدف گروه درمانی شناختی- رفتاری بیان و شرح اصول رازداری و دادن اطمینان خاطر به مراجعان که اطلاعاتشان کاملاً محرمانه است بیان قوانین و اصول جلسات درمان انجام تکلیف به‌صورت تمرینی برای آشنایی بیشتر اعضای گروه برای انجام تکالیف و گرفتن پیش‌آزمون
جلسه دوم	<ul style="list-style-type: none"> توضیح دوباره‌ی ارتباط افکار، احساسات و رفتار بیان تفاوت افکار، احساسات و رفتار توضیح در مورد سبک‌های ناکارآمد تفکر بیان خطاهای شناختی معمول توزیع کاربرد بازسازی افکار
جلسه سوم	<ul style="list-style-type: none"> بررسی و توضیح تکلیف جلسه قبل توضیح چهار گام اصلی برای بازسازی افکار (شناسایی افکار، ارزیابی افکار، تغییر افکار، تعیین اثرات افکار اصلاح شده) توزیع مجدد کاربرد بازسازی افکار
جلسه چهارم	<ul style="list-style-type: none"> بررسی تکلیف جلسه قبل بررسی زنجیره‌ی علت، پاسخ، پیامد توضیح این‌که پیامدها چگونه خود در زنجیره رفتاری بزرگ‌تر قرار می‌گیرد بیان راهبردهایی برای شکستن زنجیره مخرب
جلسه پنجم	<ul style="list-style-type: none"> بررسی تکلیف جلسه قبل تعریف رفتار جرات‌مندانه تصور موقعیتی که در آن رفتار جرات‌مندانه داشتن مشکل است خودگویی پیشنهادی برای افزایش جرات‌ورزی فرق بین رفتار منفعل، پرخاشگرانه و جرات‌مندانه نمونه‌ای از افکار و خودگویی‌های منفی که مانع جرات‌مندی می‌شود

- تعریف تکانه و بحث در مورد مدیریت تکانش‌ها و راهکارهایی برای خودکنترلی بیشتر
- راهکارهایی در مورد بالا بردن خلق و افزایش رویدادهای خوشایند
- توزیع کاربرگ فعالیت‌های خوشایند

جلسه ششم

- بررسی تکلیف جلسه قبل
- توضیح در مورد استرس، استرس‌ور و مدیریت استرس‌ها
- مدیریت استرس
- راهکارهایی برای حل مسئله
- آموزش آرامش عضلانی

جلسه هفتم

- بررسی تکلیف جلسه قبل
- تعریف عزت نفس
- بیان این نکته که چگونه خودارزیابی‌های منفی موجب عدم عزت نفس می‌شود
- راهبردهایی برای بهبود عزت نفس
- توزیع کاربرگ خودنگاره

جلسه هشتم

- بررسی تکلیف جلسه قبل
- برنامه‌ریزی برای پیشگیری از عود
- بیان ضرورت تمرین مهارت‌های کسب شده در طول جلسات
- ارزیابی پیشرفت کار و مهارت‌های کسب شده

جلسه نهم

پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها به کمک شاخص‌های آمار توصیفی از جمله فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر مورد سنجش قرار می‌گیرد. همچنین از روش تحلیل کوواریانس، برای تحلیل فرضیه‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۳: مشخصات دموگرافیک بیماران

جنسیت	تعداد	درصد
مرد	۲۹	۶۵/۴
زن	۱۶	۳۴/۶
جمع	۴۵	۱۰۰

تحصیلات	تعداد	درصد
زیر دیپلم	۹	۲۰
دیپلم	۸	۱۷/۷
کاردانی	۱۵	۳۳/۳
کارشناسی	۸	۱۷/۷
کارشناسی ارشد و بالاتر	۵	۱۱/۳
جمع	۴۵	۱۰۰

سن	تعداد	درصد
زیر ۲۰ سال	۳	۶/۶
۲۱ تا ۳۰	۷	۱۵/۵
۳۱ تا ۴۰	۲۱	۴۶/۶
۴۱ سال و بالاتر	۱۴	۳۱/۳
جمع	۴۵	۱۰۰

تعداد ۹ نفر زیر دیپلم، و بالاترین مدرک تحصیلی تعداد ۵ نفر کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. توزیع فراوانی سنی پاسخ‌گویان در پژوهش حاضر نشان می‌دهد پایین‌ترین رده سنی با تعداد ۳ نفر در رده زیر ۲۰ سال، و بالاترین سن تعداد ۲۱ نفر در رده سنی ۳۱ تا ۴۰ سال بودند.

جدول ۳، مشخصات دموگرافیک بیماران را در پژوهش حاضر نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، تعداد مردان برابر ۲۹ نفر (۶۵/۴ درصد) و تعداد زنان برابر ۱۶ نفر (۳۴/۶ درصد) می‌باشند. در خصوص توزیع فراوانی تحصیلات همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌شود، دارندگان پایین‌ترین مدرک تحصیلی

جدول ۴: میانگین و انحراف‌معیار نمره سلامت روان در دو مرحله اندازه‌گیری به تفکیک گروه‌ها

متغیر	گروه	مرحله	تعداد	میانگین	انحراف‌معیار	P-Value پیش‌آزمون گروهی (ANOVA)	P-Value پس‌آزمون گروهی (ANOVA)
سلامت روان	کنترل	پس‌آزمون	۱۵	۶۴/۸	۱۱/۱۸۲	۰/۰۳۵	۰/۰۸۹
		پیش‌آزمون	۱۵	۶۳/۳۳	۱۱/۳۴۹		
	مداخله	پس‌آزمون	۱۵	۶۲/۶	۱۲/۲۲۳		
		پیش‌آزمون	۱۵	۵۸/۰۷	۱۲/۹۴۲		
		پس‌آزمون	۱۵	۶۴/۸۷	۱۰/۵۶۹		
		پیش‌آزمون	۱۵	۶۱/۸۷	۱۰/۵۶۹		

نسبت به پس‌آزمون تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد ولی در گروه‌های آزمایش، شاهد افزایش نمره در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون هستیم ($P\text{-Value} < 0/05$). در جدول ۵ مقایسه‌ی زوجی گروه‌های آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری) و کنترل در پس‌آزمون ارائه شده است.

در جدول ۴، آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف‌معیار نمره سلامت روان به تفکیک برای افراد گروه‌های کنترل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری، در دو مرحله‌ی سنجش (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد، در گروه کنترل میانگین نمره‌ها در پیش‌آزمون

جدول ۵: مقایسه زوجی گروه‌های آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری) و کنترل در پس‌آزمون

مداخله گروه‌ها	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌داری
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان شناختی-رفتاری (ACT vs CBT)	۱/۹۶	۲/۵۵	۰/۰۰۲
درمان شناختی-رفتاری با کنترل (Control vs ACT)	۲/۰۱	۲/۱۱	۰/۰۳
کنترل با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Control vs CBT)	۱/۸۶	۲/۲۵	۰/۰۴

تعدد اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی-رفتاری نشان داده است. زیرا تفاوت نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون در این روش بیشتر است. آزمون لوین برای فرض همگنی واریانس‌ها انجام شد و واریانس خطای متغیرها در گروه‌های مورد مطالعه همگن بود؛ زیرا F به دست آمده در سطح $P < 0/05$ معنادار نیست.

در جدول ۵، مقایسه زوجی گروه‌های آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری) و کنترل در پس‌آزمون نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد، هر دو روش درمانی (پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری) در مقایسه با گروه کنترل اثربخش بوده‌اند، اما درمان مبتنی بر پذیرش و

جدول ۶: نتایج تملیل کواریانس تک متغیره جهت مقایسه سلامت روان در گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شناختی-رفتاری و کنترل

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
سلامت روان	۱۶۸۰/۵۵	۲	۸۴۰/۲۷۵	۷/۱۱۱	۰/۰۰۱	۰/۲۰۸



به مقایسه‌ی اثربخشی زوج درمانی شناختی- رفتاری و آموزش مهارت‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش سلامت روان زوجین متقاضی طلاق سازش نیافته پرداختند و نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ارتقای سلامت روان مؤثرتر بوده است (۱۰). شهبازفر و همکاران در مطالعه‌ای به بررسی مقایسه‌ی اثربخشی زوج درمانی شناختی- رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای سلامت روان زوجین غیربالینی شهر بندرعباس، پرداختند. نتایج نشان داد، بین اثربخشی زوج درمانی شناختی- رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای سلامت روان زوجین غیربالینی شهر بندرعباس، تفاوت معنادار وجود دارد به این نحو که درمان پذیرش و تعهد اثربخش‌تر بوده است که با نتایج مطالعه‌ی حاضر سازگار است (۱۴). رجیبی و همکاران تحقیقی با عنوان «بررسی کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر بر نگرانی و سازگاری زناشویی زن‌های دارای آشفتگی زناشویی و اختلال اضطراب فراگیر» انجام دادند. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر درمان سلامت روان در زوجین مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اثربخش است که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد (۱۵). رضائیان و همکاران اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را روی سلامت روان بررسی کردند. نتایج نشان داد، درمان پذیرش و تعهد روی سلامت روان، اثربخش است (۱۶). در مطالعه‌ای که توسط فتاحی و همکاران با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روانی، تنظیم هیجانی و خودشفقتی در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی: یک کارآزمایی بالینی تصادفی، منتشر شده است، نتایج قابل توجهی را در زمینه بهبود سلامت روان بیماران قلبی نشان داده است. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به عنوان یک مداخله مؤثر در کاهش پریشانی روانی، بهبود تنظیم هیجانی و افزایش خودشفقتی در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی مورد استفاده قرار گیرد (۱۷). همچنین در مطالعه‌ای که توسط Grimaldi و همکاران با عنوان «اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی: یک مرور سیستماتیک»، منتشر شده است، شواهد موجود نشان می‌دهند که ACT می‌تواند به ارتقای انعطاف‌پذیری روانی، تنظیم هیجانی و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران قلبی کمک کند. این مرور سیستماتیک شامل شش مطالعه بود که نشان دادند ACT می‌تواند به کاهش پریشانی روانی، بهبود کیفیت زندگی و افزایش رفتارهای خودمراقبتی در این بیماران منجر شود (۱۸). در تبیین نتایج باید گفت، علت‌های مختلفی برای این که درمان مبتنی بر

در جدول ۶، نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای مقایسه سلامت روان در گروه‌های کنترل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری، در مرحله‌ی پس‌آزمون، نشان داده شده است. مقدار F به دست آمده برابر با $7/11$ است و سطح معنی‌داری آن نیز کوچک‌تر از $0/05$ است ($P < 0/05$). بر این اساس و با توجه به اختلاف میانگین نمره گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پیش و پس‌آزمون، می‌توان نتیجه گرفت که نسبت به درمان شناختی- رفتاری در افزایش سلامت روان مؤثرتر بوده است. نتایج نشان می‌دهد بخشی از تغییرات در سلامت روان ($\text{Partial ate squared} = 0/802$)، در پس‌آزمون به تأثیر روش‌های درمان مربوط می‌شود. مقدار $0/802$ برای $\text{Partial ate squared}$ به این معنا است $20/8\%$ از واریانس متغیر وابسته (سلامت روان) توسط متغیر مستقل مورد نظر (روش‌های درمان) توضیح داده شده است.

بحث

نتایج نشان داد که بین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر افزایش سلامت روان، تفاوت معنادار وجود دارد که این امر فرضیه پژوهش مبنی بر وجود تفاوت را تأیید نمود. از این رو فرض صفر مبنی بر نبود اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر افزایش سلامت روان، رد شده است و فرض پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر افزایش سلامت روان، تأیید شد و بر این اساس نتایج نشان داده است که هر دو روش درمانی یعنی مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناختی- رفتاری بر افزایش سلامت روان مؤثر بوده است، اما اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر بوده است؛ زیرا و با توجه به پایین‌تر بودن میانگین نمره‌های گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پس‌آزمون، می‌توان نتیجه گرفت که این روش نسبت به درمان شناختی- رفتاری در افزایش سلامت روان مؤثرتر بوده است که این نتایج با یافته‌های نویسندگانی که در این زمینه مطالعاتی انجام دادند همخوانی دارد که تعدادی از آن‌ها اشاره می‌شود. در مطالعه‌ی رحیمی و همکاران، مقایسه‌ی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش سلامت روان و کاهش اضطراب در زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره پرداخته شده است و نتایج این مطالعه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را اثربخش‌تر معرفی نموده است (۹). در تأیید نتایج مطالعه‌ی حاضر، برهانی کاخکی و همکاران در مطالعه‌ای

پذیرش و تعهد مؤثرتر از درمان شناختی-رفتاری بوده است، وجود دارد. یکی از این دلایل، موضوع در دست بررسی است. به عبارتی، افرادی در برنامه‌های درمانی شرکت داده شدند که تجربه‌ی فقدان سلامت روان داشتند. بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تمرکز بیشتری بر مؤلفه‌های مرتبط با سلامت روان دارد تا درمان شناختی-رفتاری. همچنین باتوجه به این‌که در پذیرش و تعهد بر استعاره‌های خیالی تأکید می‌شود، برنامه درمانی در پذیرش و تعهد جذابیت بیشتری برای افراد نمونه داشته است و به دلیل تأکید بر استعاره‌ها ماندگاری بیشتری در ذهن افراد داشته است به بیانی دیگر، استفاده از استعاره‌ها می‌تواند در یادگیری مفاهیم مؤثرتر از صرفاً بیان مطالب به صورت گفتاری باشد (۱۹). استعاره به کار برده شده در پذیرش و تعهد، نوعی تشابه بین موقعیت کنونی فرد با یک مثال، ایجاد نموده سپس مفهوم را در قالب یک داستان بیان می‌کند. از این رو مطالبی که توسط پژوهشگر در برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد آموزش داده شده است، به دلیل جذابیت‌های آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پایدارتر در ذهن افراد نمونه باقی مانده است (۲۰). همچنین یکی از شش ضلعی‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، فرایند پذیرش است (۲۱). به عبارتی در این روش درمانی، تمرکز بر این بوده است که افراد نمونه آن‌چه را که در شرایط اکنون تجربه کرده‌اند، بپذیرند و دست از تلاش برای انکار و فرار از واقعیت‌های زندگی بردارند. توجه دیگر اهمیت درمان پذیرش و تعهد در این فرضیه در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری این است که درمان پذیرش و تعهد یک تکنیک روان‌درمانی است که پذیرش افکار، احساسات و رویدادهای منفی را ترویج می‌کند. در واقع این تکنیک روان‌درمانی فرد را تشویق می‌کند تا آگاهانه در فعالیت‌هایی شرکت کند که از باورها و ارزش‌های اصلی حمایت می‌کند. برخی از حامیان تکنیک روان‌درمانی پذیرش و تعهد معتقدند که کار بر روی افزایش پذیرش می‌تواند به انعطاف‌پذیری روانی بیشتری در فرد منجر

شود (۲۱). تفاوت در تعداد جلسات ممکن است بر نتایج درمانی تأثیر بگذارد اما هر دو روش اثربخشی قابل توجهی دارند. انتخاب روش و تعداد جلسات باید با توجه به نیاز و شرایط فردی مراجع و نوع مشکل انجام شود. بنابراین، تفاوت در تعداد جلسات درمان شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد می‌تواند بر نتایج تأثیر بگذارد، اما این تأثیر باید در چارچوب کلی اثربخشی هر دو روش و ویژگی‌های درمان‌جو بررسی شود. عوامل مختلفی می‌تواند بر نتایج مطالعه‌ی حاضر اثرگذار باشند که نمی‌توان در یک مطالعه همه عوامل را در نظر گرفت که همین موضوع می‌تواند از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر باشد.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج مطالعه‌ی حاضر، تشکیل دوره‌ها و جلسه مشاوره‌ی گروهی مبتنی بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از سوی مراکز مشاوره برای افراد جهت ارتقا سلامت روان در راستای حل مشکلات بیماران قلبی و به خصوص افراد تجربه‌کننده‌ی سکته قلبی، پیشنهاد می‌شود. تشکیل دوره‌ها و جلسه‌ی مشاوره‌ی گروهی مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری از سوی مراکز درمانی برای بیماران سکته قلبی و انجام مطالعات مشابه با در نظر گرفتن متغیرهای اثرگذار دیگر توصیه می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی با کداخلاق REC.KHUISF.IAU.IR.1403.500 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) می‌باشد. در پایان محققان بر خود لازم می‌دانند از همکاری‌های دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان و بیمارستان‌های محل مطالعه در استان کرمانشاه که در روند انجام مطالعه تأثیر بسزایی داشتند، تشکر و قدردانی نمایند.

References

1. Wu BH, Chan SH, Chao YF & Chen HM. Factors related to prodromal symptoms in patients with acute myocardial infarction. *Hu Li Za Zhi the Journal of Nursing* 2021; 68(2): 32-42.
2. Shin JW, Kim S, Park B, Shin YJ & Park S. Improving mental health and daytime function in adult insomnia patients predict cognitive behavioral therapy for insomnia effectiveness: A case-control study. *Sleep Medicine: X* 2023; 5(100071): 1-7.
3. Kall A & Andersson G. Knowledge acquisition following internet-based cognitive behavioural therapy for loneliness—A secondary analysis of a randomised controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2023; 81(101872): 1-7.

4. Prilleltensky I & Prilleltensky O. How people matter: Why it affects health, happiness, love, work, and society. USA: Cambridge University Press; Pointers: Bulletin of the Christian Research Association; 2021.
5. Bai Z, Luo S, Zhang L, Wu S & Chi I. Acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 2020; 260(1): 728-37.
6. Knight L & Samuel V. Acceptance and commitment therapy interventions in secondary schools and their impact on students' mental health and well-being: A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2022; 25(1): 90-105.
7. Strauss JS. Subjective experiences of schizophrenia: Toward a new dynamic psychiatry—II. *Schizophrenia Bulletin* 1989; 15(2): 179-87.
8. Hellrigel-Holderbaum M, Romanczuk-Seiferth N, Glos M & Fietze I. Effects of mindfulness meditation and Acceptance and commitment therapy in patients with obstructive sleep apnea with residual excessive sleepiness: A randomized controlled pilot study. *Sleep Medicine* 2023; 106(1): 33-41.
9. Rahimi A, Amiri H, Afsharriniya K & Arefi M. Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy with acceptance and commitment therapy on increasing marital satisfaction and reducing anxiety in couples referred to counseling centers. *Middle Eastern Journal of Disability Studies* 2022; 12(58): 1-8[Article in Persian].
10. Borhani-Kakhaki M, Narimani M & Mousa-Zadeh T. Comparing the effects of cognitive-behavioral couple therapy and life skills training on life quality in uncompromised couples applying for divorce. *Middle Eastern Journal of Disability Studies* 2020; 10(118): 1-10[Article in Persian].
11. Ebrahimi A, Molavi H, Mousavi SG, Barnamesh & Yaghoubi M. Psychometric properties, factorial structure, clinical cutoff, sensitivity, and specificity of the 28-item General Health Questionnaire (GHQ-28) in Iranian psychiatric patients. *Journal of Research in Behavioral Sciences* 2007; 5(1): 5-12[Article in Persian].
12. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A & Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy* 2006; 44(1): 1-25.
13. Wildermuth SA. Cognitive behavioral group therapy for adolescents with type I Diabetes. Available at: <https://www.proquest.com/openview/947d0b43c1b336f35e80fd564d3fc381/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>. 2008.
14. Shahbazfar R, Zarei E, Hajializade K & Dortaj F. Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy and couple therapy based on acceptance and commitment therapy in improving marital quality of non-clinical couples. *Psychological Models and Methods* 2021; 12(43): 100-13[Article in Persian].
15. Rajabi Gh, Imani M, Khojaste Mehr R, Beyrami M & Beshlideh K. The study of the efficacy of acceptance based behavior therapy and integrative behavioral couple therapy on women with distressed couples and general anxiety disorder. *Journal of Research in Behavioral Sciences* 2014; 11(6): 600-19[Article in Persian].
16. Rezaeian A, Agha-Akbari L, Amirzadeh F & Malek-Mohammadi N. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on distress tolerance and depression in students. *Quarterly Journal of Child Mental Health* 2021; 8(4): 94-107[Article in Persian].
17. Fattahi A, Mazini F, Jaberghaderi N, Rajabi F, Derakhshani M & Laki M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy for distress, emotion regulation, and self-compassion in patients with cardiovascular disease: A randomized clinical trial. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy* 2025; 47(e20230685): 1-9.
18. Grimaldi A, Veneziani I, Culicetto L, Quartarone A, Calabrò RS & Latella D. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) in patient with cardiovascular disease: A systematic review. *Healthcare* 2025; 13(15): 1831.
19. Rabieipour-Salimi M & Dortaj F. Effects of using text metaphors on comprehension and recall among high-school students. *Journal of Advances in Cognitive Sciences* 2015; 16(4): 53-9[Article in Persian].

20. Alikhani M, Naziri G, Mohammadi M & Aminimnesh S. Developing of a metaphor-based psychoeducational packag explain and conceptualize impaired autonomy and performance schemas. *Applied Psychology* 2024; 18(2): 131-51[Article in Persian].
21. Eisazadeh F & Rahimian-Boogar I. Meta-analysis of the effectiveness of acceptance and commitment therapy on the psychosocial dimensions of patients with type 2 Diabetes in Iran. *Social Psychology Research* 2024; 14(55): 1-20[Article in Persian].