

## Research Paper

# Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Therapy on the Self-Care Behaviors, Psychological Wellbeing, and Hope of Patients with Type II Diabetes

Soad Seyed Nour<sup>1</sup>, Rezvan Homaei<sup>2\*</sup> 

1. MSc, Department of Psychology, Islamic Azad University, Ahvaz Branch, Ahvaz, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Ahvaz Branch, Ahvaz, Iran

**Citation:** Seyed Nour S, Homaei R. Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Therapy on the Self-Care Behaviors, Psychological Wellbeing, and Hope of Patients with Type II Diabetes (persian)] Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2019 8(1): 265-275

**Resived:** 9 Apr 2019

**Accepted:** 8 Jun 2019

**Available Online:** Oct 2019

### Keywords:

Group Cognitive-Behavioral Therapy, Self-Care Behaviors, Wellbeing Indicators, Hope, Type II Diabetes

## Abstract

**Background & Objective:** Diabetes is a chronic disorder and the most complicated disease regarding its management and need for self-management. Cognitive-behavioral therapy plays a key role in self-management and self-regulation. The present study aimed to investigate the effects of cognitive-behavioral therapy on the self-care behaviors and psychological wellbeing and hope indicators in patients with type II diabetes.

**Methodology:** This quasi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design and a control group on 30 patients with type II diabetes referring to the diabetes clinic at Razi Hospital in Ahvaz, Iran. The patients were selected via convenience sampling and randomly divided into the test and control groups (15 each). The test group received eight sessions of cognitive-behavioral therapy (90 minutes). Data were collected using the self-care behavior questionnaire by Robert Thompson and Glasgow, Ryff psychological wellbeing inventory, and Snyder's cognitive model of hope at pretest and posttest. Data analysis was performed in SPSS version 21 using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) at the significance of 0.05.

**Results:** MANCOVA results indicated that group cognitive-behavioral therapy significantly increased the self-care behaviors, psychological wellbeing, and hope indicators in the patients with type II diabetes ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** Group cognitive-behavioral therapy was effective in improving the self-care behaviors, psychological wellbeing, and hope indicators of the patients with type II diabetes. Therefore, this method could be used by psychiatrists and healthcare providers for the enhancement of self-care behaviors, psychological wellbeing, and hope in these patients.

.....  
**\*Corresponding author:**

**Rezvan Homaei**

**Address:** Ahvaz, Farhangshahr, Islamic Azad University, Department of Psychology

**Tel:** +98 (916) 3030920

**Email:** homaei@iauahvaz.ac.ir

## اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی بر رفتار خودمراقبتی، بهزیستی ذهنی و امیدواری در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲

سعاد سید نور<sup>۱</sup>، رضوان همائی<sup>۲\*</sup>

۱. دانش آموخته کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

### چکیده:

**زمینه و هدف:** دیابت یک بیماری مزمن، از نظر مدیریت بیماری و لزوم خودمدیریتی، پیچیده‌ترین بیماری محسوب می‌شود. درمان شناختی- رفتاری از روش‌هایی است که در ایجاد خودمدیریتی و خودتنظیمی نقش عمده‌ای ایفا می‌کند. این پژوهش با هدف تعیین تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر رفتار خودمراقبتی، شاخص‌های بهزیستی و امیدواری در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ بود.

**موادها و روش‌ها:** این پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت بیمارستان رازی اهواز بودند، که ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی ساده در دو گروه گواه (۱۵ نفر) و آزمایش (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با روش درمان شناختی- رفتاری آموزش دیدند و همه افراد پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی *Toobert Hompson* و *Glaskow*، بهزیستی روان‌شناختی *Ryff* و امیدواری *Snyder* را به عنوان پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. داده‌ها با روش کوواریانس چندمتغیری و با استفاده از نرم‌افزار *SPSS* نسخه ۲۱ تحلیل شدند. سطح معنی‌داری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان شناختی- رفتاری گروهی باعث افزایش معنی‌دار رفتارهای خودمراقبتی، بهزیستی ذهنی و امیدواری در گروه آزمایش مبتلایان به دیابت نوع ۲ شد ( $p \leq 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد درمان شناختی رفتاری گروهی بر بهبود رفتارهای خودمراقبتی، بهزیستی ذهنی و امیدواری مبتلایان به دیابت نوع ۲ مؤثر بود. پس روانشناسان و درمانگران می‌توانند از روش درمانی شناختی رفتاری گروهی برای افزایش رفتارهای خودمراقبتی، بهزیستی ذهنی و امیدواری آنان استفاده کنند.

تاریخ دریافت: ۲۰ فروردین ۱۳۹۸

تاریخ پذیرش: ۱۸ خرداد ۱۳۹۸

تاریخ انتشار: مهر ۱۳۹۸

### کلید واژه‌ها:

درمان شناختی- رفتاری گروهی، رفتارهای خودمراقبتی، شاخص‌های بهزیستی، امیدواری، دیابت نوع ۲.

نویسنده مسئول:

رضوان همائی

نشانی: اهواز، فرهنگشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، گروه روانشناسی

تلفن: ۰۹۱۶۳۰۳۰۹۲۰

پست الکترونیک: homaei@iauhvaz.ac.ir

## مقدمه:

دیابت به گروهی از بیماریهای متابولیک اطلاق شده که با بالا بودن قند خون (هیپرگلیسمی) مشخص میشوند که خود ناشی از هرگونه نقص در ترشح انسولین، عمل انسولین یا هر دو باشد. دیابت از جمله بیماریهای مزمنی است که پیامدها و مشکلات فراوانی دارد. کناریابی با این مشکلات و فرایند طولانی درمان همواره بیماران مبتلا و خانواده های آنان را دچار بحران های متعدد می کند<sup>(۱)</sup>. کنترل دیابت نوع ۲ شامل اجرای یک برنامه چند جانبه خودمراقبتی است که معمولا شامل تعیین قند خون، رژیم غذایی، ورزش، معالجه با دارو، کنترل وزن بدن و مراقبت از پاها میباشد. اینچنین فعالیتهای خودمراقبتی ممکن است بسیار پر زحمت بوده و اغلب مستلزم تغییرات اساسی در شیوه زندگی باشد؛ به طوریکه بسیاری از بیماران با وجود اطلاع از عوارض بیماری به توصیه های پزشکی و درمانی به طور کامل عمل نمی کنند و در نتیجه احتمال گسترش عوارض مربوط به دیابت افزایش می یابد<sup>(۲)</sup>. یکی از متغیرهایی که به نظر میرسد در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ موثر باشد. رفتارهای خودمراقبتی است<sup>(۳)</sup>. خودمراقبتی به فعالیتهای مراقبت از خود، از جمله مصرف دارو به صورت مناسب، پایش نوسانات سلامت و حفظ سبک زندگی سالم گفته میشود<sup>(۴)</sup>. از مهمترین فعالیت های خودمراقبتی بیماران دیابتی میتوان به رعایت رژیم غذایی سالم و متعادل، پیگیری درمانهای دارویی، پایش سطح گلوکز برای تنظیم رژیم غذایی، سطح فعالیت ها و تجویز درمان اشاره کرد<sup>(۵)</sup>. اهمیت فعالیت های خودمراقبتی به این دلیل است که دیابت ششمین عامل مرگومیر در دنیا به حساب می آید و سالانه سبب چهار میلیون مرگومیر در دنیا میگردد. این بیماری هر ساله هزینه های مستقیم و غیرمستقیم زیادی به سیستم های بهداشتی درمانی وارد می نماید که بخش عمده این هزینه ها مربوط به عوارض بلند مدت این بیماری از قبیل بیماری های عروق کرونر قلب، سکتة مغزی، نابینایی، قطع اندام ها، بیماری های کلیوی، عروق مغزی، عروق محیطی، رتینوپاتی، نوروپاتی، نفروپاتی، پای دیابتی، آمپوتاسیون و افسردگی می باشد به طوری که متوسط امید به زندگی در افراد مبتلا را تا ۱۵ سال کاهش میدهد<sup>(۶)</sup>. با توجه به تأثیر فعالیت های خودمراقبتی در تعیین سطوح قند خون و نتایج بیماری دیابت، مهمترین عامل زمینه ساز مرگومیر این بیماران را میتوان عدم انجام فعالیت های خودمراقبتی دانست<sup>(۷)</sup>. طراحی و ارزشیابی برنامه های آموزشی مبتنی بر دادن اطلاعات، ایجاد انگیزش و آموزش مهارتهای رفتاری در زمینه رفتارهای خودمراقبتی ارتقاءدهنده سلامت، سبب افزایش پیروی بیماران از رفتارهای خودمراقبتی و ایجاد احساس بهبودی و رضایت از کنترل بیماری، خواهد شد<sup>(۸)</sup>. یکی دیگر از متغیرهایی که به نظر میرسد متأثر از بیماری دیابت نوع ۲ باشد، بهزیستی ذهنی است. بهزیستی اشاره به حسی از سلامتی دارد که آگاهی کامل از تمامیت و یکپارچگی در تمام جنبه های فرد، از جمله درجه بندی خود از سلامت عمومی، پاسخ ایمنی، پاسخ استرس و همچنین با کنش وری شغلی در بزرگسالی را شامل می شود. بهزیستی روانی جزء روان شناختی کیفیت زندگی است که به عنوان درک افراد از زندگی خودشان در حیطه رفتارهای هیجانی و عملکردهای روانی و ابعاد سلامت روانی تعریف شده است<sup>(۹)</sup>. بیماران مبتلا به دیابت با استرس زیادی مواجه می شوند و این استرس، بهزیستی ذهنی افراد مبتلا به دیابت را مخدوش می سازد. شناخت

استرسورها و کاهش آنها برای پیشگیری از مواجهه مجدد با آنها، باعث دستیابی به تعادل روانی می شود<sup>(۱۰)</sup>. یکی دیگر از متغیرهایی که به نظر میرسد متأثر از دیابت نوع ۲ باشد امیدواری است<sup>(۱۱)</sup>. نظریه امید و درمان مبتنی بر آن، امید را به عنوان سازه های شامل دو مفهوم این گونه تعریف می کند: توانایی طراحی مسیرها یا گذرگاه هایی به سوی اهداف مطلوب به رغم موانع موجود و عامل انگیزش برای استفاده از این گذرگاه ها<sup>(۱۲)</sup>. امیدواری باعث پرورش دیدی خوشبینانه نسبت به زندگی میشود و فشارزا بودن وقایع را کاهش میدهد و به زندگی معنا و هدف میبخشد. با داشتن امید می توان در مراحل مختلف زندگی مشکلات را تحمل کرد و با مبارزه جویی با مشکلات، زندگی هدف داری را بنا کرد<sup>(۱۳)</sup>. درمان های زیادی جهت سازگاری با دیابت نوع ۲ وجود دارد؛ یکی از این نوع درمانها درمان شناختی- رفتاری گروهی میباشد. در روش شناختی- رفتاری، افکار بد و تفکر پیرامون فقدان راهبردهای مقابله ای مؤثر با بیماری اصلاح میشود. رویکرد شناختی رفتاری بر مدل شناختی منسجم، بر همکاری استوار بین بیمار و درمانگر مبتنی است. این شیوه درمان، از لحاظ زمانی، کوتاه و محدود است و در آن سعی میشود به مراجع کمک شود تا در خود مهارت های خودیاری مستقلی ایجاد نماید. ضمن آن که رویکرد شناختی- رفتاری بر فرآیند سوال و کشف توأم با راهبرد و نه قانع سازی، متکی است. در این رویکرد بر اساس روشهای استقرایی، بیمار فرا میگیرد که به افکار و اعتقادات به عنوان فرضیه هایی که باید اعتبارشان آزموده شود نگاه کند. در نهایت این رویکرد، آموزشی است که در آن فنون شناختی- رفتاری به عنوان مهارتهایی که باید از طریق تمرین فراگرفته شوند و از طریق تکالیف خانگی وارد محیط بیمار گردند، تلقی میشود<sup>(۱۴)</sup>. بر اساس این مداخله درمانی شناختی- رفتاری، مهارتهای ارزیابی تفکر غیرمنطقی و منفی آموخته می شوند و طیفی از مهارتهای مقابله ای رفتاری- شناختی استاندارد را آموزش میدهد که راهنمایی برای انعطاف پذیری نسبت به انتخاب راهبردهای مناسب با موقعیت است<sup>(۱۵)</sup>. درمان شناختی- رفتاری در ایجاد انگیزه و پذیرش مسئولیت جهت رفتارهای خودمراقبتی<sup>(۱۶)</sup>، کاهش اضطراب و افسردگی<sup>(۱۷)</sup> و در نتیجه افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی<sup>(۱۸)</sup> و افزایش شادکامی و امیدواری<sup>(۱۹)</sup> مؤثر است. در پژوهش آزمایشی نشان داده شد که درمان شناختی- رفتاری در بهبود و افزایش رفتارهای خودمراقبتی نظیر کنترل میزان قند خون در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع مؤثر است<sup>(۲۰)</sup>. در پژوهشی که به بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر بهبود امیدواری، سلامت روان و بهزیستی روان شناختی پرداخته شد، نتایج حاکی از آن بود که درمان شناختی رفتاری بر بهبود امیدواری، سلامت روان و بهزیستی روان شناختی تأثیر مثبت دارد<sup>(۲۱)</sup>. درمان شناختی رفتاری تأثیر بسزایی در افزایش سلامت روان و امید به زندگی بیماران دیابتی دارد و میتواند به عنوان یک درمان روان شناختی در کمک به بیماران دیابتی در جهت تسریع روند بهبودی مورد استفاده قرار گیرد<sup>(۲۲)</sup>. درصد شیوع دیابت در کشورها رو به افزایش است و مبتلایان به این بیماری، باید به طور دائم در زمینه سلامت جسمانی خود نظارت و خودمدیریتی داشته باشند. این روند در طولانی مدت فرسایشی و پراسترس خواهد بود. شناسایی و به کارگیری درمان های انگیزش مؤثر برای کمک به این افراد امری ضروری و اجتناب ناپذیر می باشد. شناسایی درمان های مؤثر جهت افزایش رفتارهای خودمراقبتی و بهبود بهزیستی ذهنی و

ساده در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. شرکت کنندگان در ابتدا از ۱ تا ۳۰ شماره گذاری شدند و بعد از همسان سازی بر اساس ویژگی های جمعیت شناختی مانند سن، جنس و سابقه بیماری به صورت تصادفی ساده به روش زوج و فرد به گروه آزمایش و گواه اختصاص داده شدند. در این مطالعه حجم نمونه بر اساس معادل برآورد حجم نمونه فلیس و با در نظر گرفتن توان آزمون ۰/۸ و  $\alpha = 0/05$  و تغییرات میانگین ۵ واحد در نظر گرفته شد (۳۳). نحوه اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از هماهنگی لازم با مسئولین مرکز دیابت بیمارستان رازی اهواز، از افراد نمونه پس از بیان هدف پژوهش، رضایت نامه کتبی جهت شرکت در پژوهش گرفته شد. همچنین ملاک های ورود به مطالعه شامل تشخیص پزشک متخصص مبنی بر بیماری دیابت نوع ۲، بستری نبودن در بخش روان پزشکی، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم و داشتن سن ۴۵ سال به بالا و همچنین ملاک های خروج از مطالعه شامل غیبت بیش از دو جلسه، عدم همکاری و یا دست یابی به پرسشنامه ناقص بود. پرسشنامه ها اکثرا توسط شرکت کنندگان و در مواردی بیمار با کمک همراه خود تکمیل شد. گروه آزمایش به طور مجزا ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای (یک جلسه در هفته) با روش درمان شناختی - رفتاری گروهی بر اساس پکیج درمانی داتیلو و بارشک (۲۰۰۶) آموزش دیدند و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت (۳۴). جلسات توسط فردی با کارشناسی پرستاری و کارشناسی ارشد روان شناسی برگزار گردید. برنامه های خودمراقبتی بیمار (میزان زمان انجام فعالیت های ورزشی، پایش میزان قند خون، رعایت رژیم غذایی، مراقبت از پا) به وسیله خود گزارشی کتبی توسط خود بیمار یا نزدیکانی که با وی زندگی می نمودند، اعلام شد. جزئیات مداخله در گروه آزمایش به شرح زیر بود:

افزایش روحیه و امیدواری جهت پیگیری بودن برای درمان، برای مبتلایان به دیابت بسیار ضروری است. علاوه بر آن با توجه به مرور پیشینه، پژوهش های اندکی به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر خودمراقبتی با لحاظ کردن امیدواری و حس بهزیستی ذهنی پرداخته اند، لذا این پژوهش ضمن تکمیل کردن این خلاء پژوهشی، می تواند به مشاوران، روان شناسان بالینی و درمانگران راهکار مناسبی جهت مداخلات روان شناختی مناسب در بیماران ارائه دهد تا دانش نظری در حوزه دیابت و اثربخشی مداخلات بر متغیرهای با اهمیت در این حوزه، گسترش یابد و موجب توسعه دانش در زمینه نقش تعدیل کنندگی امیدواری و بهزیستی ذهنی در اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر رفتارهای خودمراقبتی خواهد بود. این درمان می تواند در شناسایی الگوهای فکری منطقی و امیدوارانه و افزایش ادراک بهزیستی مؤثر باشد و در نتیجه بر فعالیت های سازنده خودمراقبتی تأثیر مثبتی خواهد داشت. با توجه به مطالب بیان شده این پژوهش در پی پاسخ گویی به این سوال است که آیا درمان شناختی - رفتاری گروهی بر رفتار خودمراقبتی، شاخص های بهزیستی و امیدواری در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ مؤثر است؟

### روش بررسی:

این مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، رضایت کتبی از شرکت آگاهانه در پژوهش، از افراد گرفته شد، تأکید بر اصل محرمانه ماندن اطلاعات شرکت کنندگان و اجرای این آموزش برای گروه گواه، پس از خاتمه آزمایش رعایت گردید. جامعه آماری این پژوهش همه بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به کلینیک دیابت بیمارستان رازی اهواز بودند. در این پژوهش، ۳۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی

جدول ۱. جزئیات مداخله در گروه آزمایش

محتوای جلسات	نظر
پس از آشنایی، ایجاد رابطه حسنه و بیان قوانین و مقررات جلسه، اهمیت و هدف درمان های غیر دارویی به ویژه درمان شناختی - رفتاری بیان شد و درباره داشتن یک زندگی منطقی، سالم، هدفمند و انعطاف پذیر برای مواجهه با مشکلات و فراز و نشیب های زندگی بحث و تبادل نظر شد.	اول
ضمن معرفی تحلیل کارکردی، راه کارهای بهبود مهارت های ارتباطی با هدف کمک به رشد خصوصیات فردی و اجتماعی به همراه شناخت عواطف و احساسات و تمرین های آرام سازی عضلانی آموزش داده شد.	دوم
شفاف سازی و اولویت بندی اهداف، مقابله با افکار و احساسات منفی و شناسایی مهارت ها، افکار و احساسات مثبت که باعث بهبود امیدواری و بهزیستی می شود، آموزش داده شد.	سوم
ضمن بحث درباره بهزیستی روان شناختی و راه های کسب حمایت اجتماعی، مدیریت سلامت و اعمال خودمراقبتی آموزش داده شد.	چهارم
بازسازی شناختی، طرح ریزی و برنامه ریزی برای فعالیت های مثبت روزانه آموزش داده شد.	پنجم
آموزش بازسازی شناختی تکمیل و روایت بیماران تنظیم مجدد شد.	ششم
درباره روایت فعلی بیماران بحث و تبادل نظر شد.	هفتم
درباره به کار بستن مهارت های مسئله گشایی و شناسایی برنامه حمایتی پیرامون مسائل روانی و اجتماعی، بررسی پیشرفت آزمودنی ها و دادن بازخورد به آن ها و جنبه های موفق و ناموفق درمان بحث و تبادل نظر شد.	هشتم

پیگیری بود. همچنین در این پژوهش صرفاً از پرسشنامه استفاده شده است. به همین خاطر ممکن است در اطلاعات به دست آمده سوگیری ایجاد شده باشد؛ چرا که بعضی شرکت کنندگان ممکن است برای بهتر نشان دادن خود بعضی سؤالات را با سوگیری جواب دهند. همچنین محدود شدن جامعه پژوهش به بیماران دیابتی مراجعه کننده به کلینک دیابت بیمارستان رازی شهر اهواز از محدودیت های این پژوهش بود.

### یافته ها

شرکت کنندگان این پژوهش ۳۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ بودند. میانگین و انحراف معیار سن نمونه ها  $43/4 \pm 56/7$  سال بود که در دامنه سنی ۴۵ تا ۶۴ سال قرار داشتند که به صورت تصادفی به دو گروه مساوی تقسیم شدند؛ این دو گروه از لحاظ سنی همساز می شدند.

پیش از انجام تحلیل داده ها به روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، پیش فرض های تحلیل کوواریانس چندمتغیری مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای هیچ یک از متغیرها معنی دار نبود که این یافته حاکی از آن است که فرض نرمال بودن در سطح کمتر از ۰/۰۵ برقرار است. همچنین نتایج آزمون M باکس و لوین معنی دار نبودند، که این یافته ها به ترتیب حاکی از آن است که فرض برابری ماتریس های کوواریانس و فرض برابری واریانس ها برقرار است. در جدول ۱ شاخص آماری میانگین و انحراف استاندارد متغیرها در مراحل پیش آزمون و پس آزمون ارائه شده است. طبق یافته های جدول ۱ و باتوجه به میانگین پس آزمون خودمراقبتی، بهزیستی روان شناختی و امیدواری می توان افزایش میانگین گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در خودمراقبتی ( $78/73 \pm 7/81$ )، بهزیستی روان شناختی ( $91/66 \pm 2/89$ ) و امیدواری ( $4/43 \pm 76/37$ ) را ملاحظه نمود. در جدول ۲ نتایج آزمون چندمتغیری برای بررسی تأثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته ارائه شده است. طبق یافته های جدول ۲، نتایج هر چهار آزمون نشان داد که متغیر مستقل بر متغیر وابسته مؤثر بوده است. به عبارت دیگر، نتایج حاکی از آن است که گروه های آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای خودمراقبتی، بهزیستی ذهنی و امیدواری تفاوت معنی دار دارند ( $p \leq 0/001$ ).

البته پیش از مداخله و پس از مداخله هر دو گروه از لحاظ رفتارهای خودمراقبتی، بهزیستی ذهنی و امیدواری مورد ارزیابی قرار گرفتند که برای این منظور از ابزارهای زیراستفاده شد:

پرسشنامه خودمراقبتی: این پرسشنامه توسط توبرت و همکاران ساخته شده است<sup>(۲۵)</sup>. این مقیاس دارای ۱۲ سوال است. پنج جنبه از فعالیت های خودمراقبتی بیماران دیابتی، شامل رژیم غذایی (با ۳ سوال)، فعالیت بدنی (با ۲ سوال)، تزریق انسولین یا مصرف صحیح قرص (با ۱ سوال)، خودپایشی قندخون (با ۲ سوال) و مراقبت از پاها (با ۲ سوال) را مورد سنجش قرار می دهد. در این مقیاس به هر یک از رفتارها براساس تعداد روزهای هفته یک نمره از صفر تا هفت داده می شود، به طوری که اگر فردی رفتار موردنظر را در هفت روز گذشته انجام داده باشد. نمره کامل یعنی ۷، و اگر در هیچ روز هفته انجام ندهد نمره صفر تعلق می گیرد. کواهارا و همکاران<sup>(۲۶)</sup> روایی و پایایی پرسشنامه را بررسی نموده است، پایایی این پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۶ و روایی محتوایی آن را رضایت بخش به دست آورده است. در ایران، در مطالعه ی قاسمی و همکاران با اجرا بر روی ۶۰ بیمار دیابتی نوع دوم، آلفای کرونباخ ۰/۷۷ برای کل سؤالات به دست آمد. جهت تعیین روایی تشخیصی، پرسشنامه بر روی ۴۰ بیمار دیابتی و ۴۰ نفر سالم اجرا شد که آزمون t مستقل نشان داد تفاوت بین دو گروه معنی دار می باشد و آزمون روایی تشخیصی مناسب دارد. جهت به دست آوردن پایایی بازآزمایی، پرسشنامه در ۲ مرحله و با فاصله زمانی یک هفته انجام شد که یافته ها مشخص کردند پرسشنامه از بازآزمایی نسبتاً بالا و مناسبی برخوردار است. همچنین، مطالعات اعتباریابی نشانگر همبستگی بالاتر از ۰/۸۹ در بین سؤالات و ۴ حیظه بود<sup>(۲۷)</sup>.

مقیاس بهزیستی روان شناختی: این مقیاس را ریف در سال ۱۹۸۰ طراحی نمود. یکی از فرم ها، ۱۸ سؤالی است و نمره گذاری برای گزینه های کاملاً مخالف تا کاملاً موافق از یک تا شش است. ریف پایایی این پرسشنامه را از طریق همسانی درونی ۰/۹۶ و روایی آن را از طریق همبستگی با پرسشنامه کیفیت زندگی ۰/۷۳ به دست آورد<sup>(۲۸)</sup>. در ایران روایی محتوایی این پرسشنامه مطلوب و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است<sup>(۲۹)</sup>.

مقیاس امیدواری: این مقیاس توسط اسنایدر و همکاران برای سنجش امیدواری ساخته شد، مقیاسی ۱۲ سؤالی با طیف نمره گذاری لیکرت ۸ درجه ای از کاملاً نادرست با نمره ۱ تا کاملاً درست با نمره ۸ می باشد. ریف پایایی پرسشنامه را از طریق بازآزمایی ۰/۸۰ و روایی پرسشنامه را از طریق همبستگی با پرسشنامه خوش بینی ۰/۶۰ به دست آورد<sup>(۳۰)</sup>. خالدیان و جلالیان در ایران، پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۹ و روایی پرسشنامه را از طریق همبستگی با پرسشنامه ناامیدی ۰/۵۱- به دست آوردند<sup>(۳۱)</sup>.

لازم به ذکر است که داده ها پس از جمع آوری در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در سطح توصیفی از شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی و در سطح استنباطی برای آزمون فرض های آماری از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد. سطح معنی داری آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

مهم ترین محدودیت این پژوهش عدم استفاده از مرحله

جدول ۲. میانگین، انحراف استاندارد برای خودمراقبتی، بهزیستی ذهنی و امیدواری در پیش آزمون، پس آزمون

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
خودمراقبتی	آزمایش	۵۱/۲۳	۶/۴۰	۷۸/۷۳	۷/۸۱
	کنترل	۵۵/۹۳	۶/۹۲	۵۷/۳۳	۶/۹۱
بهزیستی روان‌شناختی	آزمایش	۶۵/۷۳	۳/۱۹	۹۱/۶۶	۲/۸۹
	کنترل	۶۴/۹۳	۲/۳۷	۶۶/۶۰	۲/۱۶
امیدواری	آزمایش	۴۳/۰۶	۴/۳۵	۷۶/۷۳	۴/۴۳
	کنترل	۴۴/۴۶	۴/۹۵	۴۸/۶۳	۳/۰۱

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین پس آزمون نمرات رفتار خودمراقبتی، بهزیستی ذهنی و امیدواری گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	خطا DF	F	سطح معنی‌داری (P)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۹۸	۸	۱۳	۵۱/۰۷	۰/۰۰۰۱	۰/۹۸	۱/۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۱	۸	۱۳	۵۱/۰۷	۰/۰۰۰۱	۰/۹۸	۱/۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۵۴/۷۱	۸	۱۳	۵۱/۰۷	۰/۰۰۰۱	۰/۹۸	۱/۰۰
آزمون بزرگترین ریشه روی	۵۴/۷۱	۸	۱۳	۵۱/۰۷	۰/۰۰۰۱	۰/۹۸	۱/۰۰



و روش درمان شناختی-رفتاری گروهی در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تأثیر بیشتری بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو داشته است. میزان تأثیر «معنی‌دار بودن عملی»،  $0/76$  بوده است؛ یعنی  $76\%$  درصد تغییرات کل واریانس یا تفاوت‌های فردی در بهزیستی روان‌شناختی بیماران دیابت نوع ۲ ناشی از تأثیر درمان گروهی شناختی-رفتاری بوده است.

نتایج محاسبه شده تحلیل کوواریانس با کنترل اثر پیش‌آزمون و با توجه به ضریب  $F$ ، نشان داد که بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات، امیدواری بر حسب عضویت گروهی «آزمایش و کنترل» در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار مشاهده می‌شود ( $P < 0/001$ ). می‌توان نتیجه گرفت که فرض صفر رد شده است و روش درمان شناختی-رفتاری گروهی در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تأثیر بیشتری بر امیدواری بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ داشته است. میزان تأثیر «معنی‌دار بودن عملی»،  $0/54$  بوده است یعنی  $54\%$  درصد تغییرات کل واریانس یا تفاوت‌های فردی در امیدواری بیماران دیابت نوع ۲ ناشی از تأثیر درمان گروهی شناختی-رفتاری بوده است. توان آماری ۱ بود که بیانگر کفایت حجم نمونه گیری بود.

بنابراین برای بررسی تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر افزایش خودمراقبتی، بهزیستی ذهنی و امیدواری بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ از آزمون آماری تحلیل کوواریانس با کنترل اثر پیش‌آزمون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

طبق یافته‌های جدول ۳، نتایج تحلیل کوواریانس با کنترل اثر پیش‌آزمون و با توجه به ضریب  $F$  محاسبه شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات خودمراقبتی بر حسب عضویت گروهی «آزمایش و کنترل» در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار مشاهده می‌شود ( $P < 0/001$ ). می‌توان نتیجه گرفت که فرض صفر رد شده است و روش درمان شناختی-رفتاری گروهی، در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تأثیر بیشتری بر خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ داشته است. میزان تأثیر «معنی‌دار بودن عملی»،  $0/43$  بوده است یعنی  $43\%$  درصد تغییرات کل واریانس یا تفاوت‌های فردی در خودمراقبتی بیماران دیابت نوع ۲ ناشی از تأثیر درمان گروهی شناختی-رفتاری بوده است.

همچنین نتایج محاسبه شده با کنترل اثر پیش‌آزمون و با توجه به ضریب  $F$ ، نشان داد که بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات بهزیستی روان‌شناختی بر حسب عضویت گروهی «آزمایش و کنترل» در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار مشاهده می‌شود ( $P < 0/001$ ). می‌توان نتیجه گرفت که فرض صفر رد شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس یک راه در متن مانکوا بر روی پس‌آزمون میانگین نمرات رفتار خودمراقبتی، بهزیستی ذهنی و امیدواری گروههای آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجاورات	درجه آزادی	میانگین مجاورات	F	سطح معنی داری	انرازه اثر	توان آماری
خودمراقبتی	پیش‌آزمون	۳۵۵۸/۶۵	۱	۳۵۵۸/۶۵	۲۹۳/۹۴	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸	۱/۰۰
	گروه	۳۴۳/۶۰	۱	۳۴۳/۶۰	۲۸/۳۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳	۱/۰۰
	خطا	۴۴۷/۹۴	۲۷	۱۲/۱۰				
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۱۱۷/۲۱	۱	۱۱۷/۲۱	۴۸/۱۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴	۱/۰۰
	گروه	۱۷۶۰/۳۴	۱	۱۷۶۰/۳۴	۷۳/۲۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۶	۱/۰۰
	خطا	۶۵/۷۱	۲۷	۲/۴۳				
امیدواری	پیش‌آزمون	۳۰۲/۷۹	۱	۳۰۲/۷۹	۴۹/۰۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷	۱/۰۰
	گروه	۲۷۰/۴۳	۱	۲۷۰/۴۳	۴۳/۸۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴	۱/۰۰
	خطا	۲۲۸/۳۵	۲۷	۶/۱۷				

بحث

اسنادهای غلطی که موجب اضطراب و افسردگی و در نتیجه پایین آمدن رفتار خودمراقبتی آنان شده است، می‌پردازند<sup>(۷)</sup>. یکی از دلایل اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر افزایش رفتار خودمراقبتی بیماران دیابتی این است که، کیفیت مهارت های رفتارهای مراقبتی بیماران، نتیجه ی باورها، اندیشه ها، رفتار و کردار خویش بوده و به تصمیمات و عملکرد فرد مربوط میشود. پرستاران می‌توانند با ارائه آموزش های شناختی- رفتاری بر اهمیت اکتساب اطلاعات شناختی، احساس کارایی، داشتن مهارت ها و استفاده از این مهارت ها تأکید نمایند. همچنین طی آموزشهای انجام شده، افراد علاوه بر کارکردن روی تفکرات منفی، روش های رفتاری ثمربخش را می‌آموزند و افراد تحت تأثیر این آموزش ها، این توانایی را پیدا خواهند کرد تا تفکرات اتوماتیک غلط و عواطف تداعی کننده آن‌ها و همچنین مدارک جهت تأیید و عدم تأیید آن‌ها را اصلاح نموده و به نوعی خودآگاهی برسند<sup>(۸)</sup>.

در پژوهش حاضر نشان داده شد که درمان شناختی- رفتاری گروهی باعث بهبود و افزایش بهزیستی ذهنی در بیماران دیابتی نوع ۲ شد. مداخله شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه را می‌توان به عنوان مداخله روان‌شناختی ثمربخش معرفی نمود که می‌تواند موجب افزایش خلق شاخصهای بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و پایبندی بیشتر به توصیه‌های درمانی شود؛ افزایش از این طریق به پیشگیری از عوارض دیابت کمک کرده و گامی مؤثر در جهت افزایش سطح بهداشت روانی و جسمی این بیماران خواهد شد<sup>(۹)</sup>. ولسچن و همکاران<sup>(۱۰)</sup>، سرلاکیوس و همکاران<sup>(۱۱)</sup> و بیکر و همکاران<sup>(۱۲)</sup> در نتایج پژوهش‌های خود اثربخشی درمان شناختی- رفتاری را بر بهزیستی روان‌شناختی مورد تأیید قرار داده‌اند.

این نتایج با نتیجه پژوهش حاضر همسو است؛ با توجه به این که پیروان رویکرد شناختی- رفتاری اعتقاد دارند وجود برخی خطاهای رایج ذهنی میتواند تفسیر و برداشت ما را از واقعیت دچار اشکال نمایند و به دنبال آن روحیات و رفتارهای نامناسب ظاهر گردند، لذا درمان شناختی- رفتاری میتواند با تقویت تفکر خودکارآمد و کاهش منفی نگری، به افزایش موفقیت و بهبود شاخص های بهزیستی کمک نماید. پرستاران با کاربرد درمان شناختی- رفتاری به بیماران کمک می‌نمایند تا با توجه به توانایی‌ها و کارآمدی خود، نگرستن به طرف روشن قضایا و برداشت مناسب از استرس، در مقابل آسیب‌های ادراک شده، راهبردهای مؤثرتری نشان می‌دهند و می‌توانند بر موقعیت‌های مخاطره‌آمیز، غلبه کنند و با توان مقابله بالا در مقابل بیماری دیابت که سلامتی و انرژی آنان را تحت تأثیر قرار داده است، برخورد نمایند و بهزیستی خود را افزایش دهند<sup>(۱۳)</sup>.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی- رفتاری گروهی بر بهبود و افزایش امیدواری در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مؤثر است. خالدیان و جلیلیان در پژوهشی به اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افزایش امیدواری در افراد معتاد اشاره کردند. درمان شناختی رفتاری، با افزایش امید، توانایی فرد را در مقابل مشکلات افزایش می‌دهد<sup>(۱۴)</sup>. عابدینی و همکاران طی پژوهشی دریافتند که درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی، باعث افزایش امید به زندگی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس می‌شود. امیدواری، باعث پرورش دیدی خوشبینانه نسبت به زندگی میشود و فشارزا بودن وقایع را کاهش میدهد و به زندگی معنا و هدف

نتایج این پژوهش نشان داد که درمان شناختی- رفتاری گروهی بر افزایش خودمراقبتی، بهزیستی ذهنی و امیدواری در مبتلایان به دیابت نوع ۲ مؤثر است. نتایج تأثیر درمان شناختی- رفتاری گروهی بر افزایش خودمراقبتی با پژوهش‌های پیلو و همکاران<sup>(۱۵)</sup> و ابراهیمی توانی<sup>(۱۶)</sup>، در زمینه افزایش بهزیستی ذهنی با پژوهش‌های سرلاکیوس و همکاران<sup>(۱۷)</sup> و بیکر و همکاران<sup>(۱۸)</sup> و در مورد افزایش امیدواری با پژوهش‌های عابدینی و همکاران<sup>(۱۹)</sup> و کاظمی و صادقی<sup>(۲۰)</sup> همسو بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی- رفتاری گروهی بر بهبود و افزایش رفتار خودمراقبتی مؤثر است. مراکز بهداشتی و درمانی و به‌ویژه پرستاران، به عنوان آموزش‌دهندگان مستقیم، نقش عمده‌ای در ارتقای دانش رفتارهای خودمراقبتی و پیشگیری از عوارض جانبی بیماران دیابتی ایفا می‌نمایند<sup>(۲۱)</sup>؛ اما در ادامه مسیر خودمراقبتی، ویژگی‌های روان‌شناختی، اطلاعاتی و شناختی فرد بیمار است که در انجام پایش‌های مداوم تغذیه، میزان قندخون، فعالیت‌های بدنی و مراقبت از پا به او کمک خواهد نمود<sup>(۲۲)</sup>.

پیلو و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که در بیماری دیابت، خودمراقبتی مداوم و طولانی مدت فرد را دچار دلسردی می‌کند و علی‌رغم اهمیت این مراقبت‌ها، افراد دیابتی نسبت به آن اهمال می‌نمایند، بنابراین لازم است که نظام آموزش بهداشت و سلامت با آموزش راهبرد درمان شناختی- رفتاری به پرستاران، گامی مؤثر در توانمندسازی بیشتر پرستاران بردارد تا آنان با استفاده از روش‌های کارآمد به افزایش انگیزه در بیماران مبتلا به دیابت برای انجام مراقبت‌های روزانه کمک نمایند<sup>(۲۳)</sup>. همچنین صمدزاده و همکاران نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری موجب افزایش رفتارهای خودمراقبتی، کاهش نشانه های افسردگی و کاهش نسبی نشانه‌های اضطراب در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌شود، به عبارتی می‌توان گفت کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ با بهبود رفتارهای خودمراقبتی همراه است<sup>(۲۴)</sup>. نتایج پژوهش ابراهیمی توانی نشان داد که داشتن انگیزه و اطلاعات کافی در زنانی که در سنین باروری مبتلا به واژینیت هستند، اثرات مثبت بر رفتارهای خودمراقبتی و بهبودی بیماری خواهد داشت<sup>(۲۵)</sup>. نتایج پژوهش حسینی خواه و همکاران حاکی از آن است که رفتار خودمراقبتی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌تواند تحت تأثیر ویژگیهای روان‌شناختی مثبت نظیر امید به زندگی و نگرشهای کارآمد قرار بگیرد. در واقع پرستاران می‌توانند با بهبود نگرشهای کارآمد و امیدواری در بیماران، میتوانند رفتارهای خودمراقبتی در آنان را تقویت نمایند<sup>(۲۶)</sup>.

این نتایج با نتایج پژوهش حاضر همسو است. پرستاران با استفاده از رویکرد درمانی شناختی- رفتاری می‌توانند به بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، که اغلب دارای خطاهای شناختی، باورهای غیرمنطقی و مخرب در زندگی خود هستند، کمک نمایند، بیماران را نسبت به اسناد و باورهای غیرمنطقی خود آگاه سازند و با استفاده از دانش و تجربه خود، برای تغییر و اصلاح این باورهای غلط و ارتقای سواد اطلاعاتی بیماران در جهت ایجاد باورهای منطقی و کارآمد کمک نمایند. در نتیجه بیماران با استفاده از تجارب و افزایش اطلاعات بهداشتی- درمانی، به اصلاح باورها و



## کاربرد یافته‌های پژوهش در بالین

۱. تأکید بر درمان شناختی-رفتاری در سیاست‌گذاری بهداشتی و درمانی مربوط به بیماری‌های مزمن می‌تواند نقش مهمی در مراقبت‌های طولانی‌مدت در مصرف دارو، تغذیه و ورزش داشته باشد.
۲. مراقبان درمانی می‌توانند از نتایج این پژوهش به عنوان چشم‌اندازی جدید در جهت ارتقای شاخص‌های بهزیستی، کیفیت زندگی و امیدواری استفاده نمایند.
۳. پرستاران با کمک گرفتن از اصول این درمان می‌توانند به بیماران دیابتی کمک نمایند تا با تفسیر دقیق‌تر رفتارهای مخرب بی‌توجهی در مراقبت از خود، نسبت به برنامه‌های روزانه مراقبتی، دلسرد نگردند.

## ملاحظات اخلاقی

۱. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز می‌باشد که با شماره ۱۰۶۲۰۷۰۲۹۶۱۰۰۷ در تاریخ ۹۶/۰۴/۲۶ تصویب شده است.
۲. اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز. کد اخلاقی این پژوهش به شماره ZAVHAUAI.RI.CER. ۲۶/۱۳۹۶ می‌باشد.
۳. دریافت موافقتنامه کتبی از افراد شرکت‌کننده در پژوهش و دادن اختیار برای انصراف از پژوهش پس از بیان اهداف و چگونگی روند پژوهش.
۴. رعایت اصول محرمانه بودن اطلاعات افراد در تمامی مراحل پژوهش.
۵. اجرای این آموزش برای گروه کنترل پس از خاتمه پژوهش

## تضاد منافع

در این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

## تشکر و قدردانی

از کلیه مسئولین کلینیک دیابت بیمارستان رازی شهر اهواز و شرکت کنندگان محترم این پژوهش صمیمانه تشکر می‌شود

می‌بخشد<sup>(۱۲)</sup>. کاظمی و صادقی در پژوهشی نشان دادند که درمان شناختی‌رفتاری تأثیر به‌سزایی در افزایش سلامت روان و امید به زندگی بیماران دیابتی دارد و می‌تواند به عنوان یک درمان روان‌شناختی در کمک به بیماران دیابتی در جهت تسریع روند کنترل بیماری مورد استفاده قرار گیرد<sup>(۱۳)</sup>.

این نتایج با نتایج پژوهش حاضر همسو است. کادر درمانی و به خصوص پرستاران با کاربرد درمان شناختی-رفتاری از طریق اجرای نقش تقویت و پسخوراند و ارائه تمرین‌های مناسب، به بیماران کمک می‌نمایند تا در جلسات درمانی بر مشکل خود فائق آیند؛ همین امر موجب افزایش خودکارآمدی و امیدواری در آنها می‌شود. در این مداخله درمانی به دلیل این‌که بیماران، باورهای مطلق خود را سازماندهی می‌نمایند، نشخوار افکار و نگرش ناکارآمد (باید‌ها و اجبارها) درباره موقعیت‌ها و شرایط کاهش می‌یابد و همین امر منجر به افزایش امیدواری در جهت پاسخ به تهدیدهای جسمی- روانی، اختلال در تمرکز و انگیزش پایین بیماران، خواهد شد<sup>(۱۴)</sup>. پرستاران با دانش خود می‌توانند به بیماران کمک نمایند تا اطلاعات بیشتری نسبت به باورهای غیرمنطقی خود پیدا کنند و باورهای صحیحی نسبت به بیماری خود داشته باشند و همین امر، دامنه توجه بیمار را از محرک‌های مزاحم محیطی، اشتغالات فکری و افکار منفی در جهت پاسخ به تهدیدهای جسمی و روانی کاهش می‌دهد و امیدواری بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ را افزایش می‌دهد<sup>(۱۵)</sup>. در کل در این نوع درمان میزان امیدواری از طریق اصلاح باورهای غلط شناختی، نظیر سرزنش کردن خود، واکنشهای منفی، مشکلات هیجانی، نگرانیهای همراه با اضطراب، اجتناب نمودن، وابستگی، درماندگی نسبت به تغییر و افکاری که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی میشود را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و در نتیجه میتوان گفت مداخله درمانی شناختی- رفتاری بر افزایش امیدواری بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مؤثر است. با توجه به تأثیر مخرب عدم کنترل بیماری دیابت در افراد و ایجاد هزینه‌های درمانی و توانبخشی برای افراد، لازم است تمرکز نظام سلامت بر افزایش آگاهی و سواد اطلاعاتی، در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ باشد تا انگیزه لازم و امیدواری لازم را برای کنترل بیماری به وجود آورد، همین امر می‌تواند سبب ارتقای بهزیستی روان‌شناختی و سلامت افراد گردد. این مهم به خوبی در نتایج پژوهش حاضر مشاهده شد ( $P < 0/05$ ).

## نتیجه‌گیری

اجرای درمان شناختی‌رفتاری منجر به ارتقای امیدواری، بهزیستی ذهنی و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابت نوع ۲ شده است. پیشنهاد می‌شود از این روش درمانی به منظور افزایش یادگیری مهارت‌های درست اندیشیدن و قضاوت در مورد بیماری دیابت و مقابله با تفکرات غیرواقع بینانه نسبت به این بیماری کمک گرفت. مشاوران و درمانگران مراکز و کلینیک‌های دیابت، می‌توانند از رویکرد درمانی شناختی- رفتاری، در گروههای درمانی و کلاسهای آموزشی خود جهت بهبود رفتارهای اصولی مراقبت، دلسرد نشدن و ادامه دادن درمان و در نتیجه افزایش سلامت جسمی بیماران دیابتی بهره ببرند.

## References

- Zanjani T, Zanjani E, Jabbari E. The effectiveness Seligman Perma model on happiness in diabetes. The first academic-research conference for developed education science and psychology, Principle science developing academic association, Tehran, March month. 2016: 21-33. [persian]
- Pillow D, Willie J, Hale JR, Meghan A, Crabtree T, Hinojosa L. Exploring the relations between self-monitoring, authenticity and well-being. *Personality and Individual Differences*. 2017; 116(1):393-398. [DOI: 10.1016/j.paid.2017.04.060]
- Samadzadeh N, Poorsharifi H, Babapoor Kheirodin J. The effectiveness cognitive behavioral therapy on self-care and depression and anxiety signs in diabetes women: case study. *Phase Journal*. 2016; 82(3): 65-77. [persian]
- Will A. The nursing contribution to chronic disease management: a discussion paper. *International Journal Nursing Studies*. 2014; 46 (1):120-31. [DOI:10.1016/j.ijnurstu.2008.06.010]
- Jordan DN. Self-care behaviors of Filipino American adult with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and Its Complications*. 2013; 24 (4): 250-58. [ Doi: 10.1016/j.jdiacomp.2009.03.006]
- Ricci-Cabello I, Ruiz-Pérez I, Rojas-García A, Pastor G, Rodríguez-Barranco M, Gonçalves DC. Characteristics and effectiveness of diabetes self-management educational programs targeted to racial/ethnic minority groups: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *American Diabetes Association (ADA). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care*. 2014; 37(1): 81-90. [Doi.org/10.2337/dci17-0025]
- Ghasemi M, Hosseini H, Sabouhi F. The effect of peer group training on self-care of elderly with diabetes mellitus. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2017; 6 (3): 33-43. [persian]
- Ebrahimi Tavani M. Design and evaluation education program based on information-motivation-behavioral skills about self-care behavior promoting health in women with vaginal disorders. PhD thesis, teacher training university, 2016. [persian]
- Clarke A, Friede T, Putz R, Ashdown J, Martin S, Blake A, Adi Y, Parkinson J, Flynn P, Platt S, Stewart-Brown S. Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEM-WBS): Validated for teenage school students in England and Scotland. A mixed methods assessment. *Public Health*. 2013; 11(2): 487-491. [Doi: 10.1186/1471-2458-11-487]
- Turner JA, Anderson ML, Balderson BH, Cook AJ, Sherman KJ, Cherkin DC. Mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioral therapy for chronic low back pain: similar effects on mindfulness, catastrophizing, self-efficacy, and acceptance in a randomized controlled trial *Pain*. 2016; 157(11):2434–2444. [Doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000635]
- Khaledian M, Jalalian A. The effectiveness cognitive behavioral therapy on hope in addicted person. *Journal of Police Knowledge*. 2016; 66(1): 45-58. [persian]
- Abedini E, Ghanbari Hashem Abadi BA, Talebian Sharif J. The effectiveness group therapy based on hope approach on hope and depression in woman with MS disorders. *Journal of Clinical Psychology*. 2017; 8(2): 30-43. [persian]
- Barati Ghavamabadi E. Investigation effectiveness based on acceptable and commitment on hope and acceptance pain in woman who used IVF in Dezful. MA thesis clinical psychology. Khozestan Research and Science University, 2017. [persian]
- Welschen LM, van Oppen P, Bot SD, Kostense PJ, Dekker JM, Nijpels G. Effects of a cognitive behavioral treatment in patients with type 2 diabetes when added to managed care; a randomised controlled trial. *J Behav Med*. 2014; 36(6): 556-66. [ DOI: 10.1007/s10865-012-9451-z]
- Ghashghae S, Naziri Gh, Farnam R. The effectiveness cognitive therapy based on mindfulness on life quality in diabetes type 2 patients. *Journal of Diabetes and Metabolic Iran*. 2015; 13(4); 319-330. [persian]
- Bab Alhekami M, Baštani Nameghi M, Moosavirad M, Naami AZ. The effectiveness information-motivation-behavioral skills on improve self-care, promoting quality life in hurt disorders. The first academic-research psychology conference, Payesh Association, Tehran, may month, 2016. [persian]

17. Beltman MW, Oude Voshaar RC, Speckens AE. Cognitive-behavioral therapy for depression in people with a somatic disease: Meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry*. 2012; 197(1): 11–9. [Doi: 10.1192/bjp.bp.109.064675].
18. Karimi S, Kakabraee K, Yazdanbakhsh K, MoradiGhR. The effectiveness cognitive-behavioural therapy on well-being in hurts disorders. *Journal of Kermanshah Medical Science*. 2015; 18(3): 56-67.[persian]
19. Moradi M, Fathi D. The effectiveness cognitive-behavioral therapy on life hope and spiritual well-being in mournful students. 2017; 12(3): 63-82. [persian].
20. Serlachius AS, Scratch SE, Northam EA, Frydenberg E, Lee KJ, Cameron FJ. A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy to improve glycaemic control and psychosocial wellbeing in adolescents with type 1 diabetes. *Journal of health psychology*. 2016; 21(6); 1157-1169.[Doi: 10.1177/1359105314547940]
21. Baker AL, Hides L, Kelly PJ, Kay-Lambkin F, Nasstasia Y, Birchwood M. Motivational interviewing and CBT to improve health and wellbeing. *Innovations and Future Directions in the Behavioral and Cognitive Therapies*. 2016; 171(2), 32-37.
22. Kazemi Kh, Sadeghi Zh. The effectiveness group cognitive-behavioral therapy on mental health and life hope in diabetes patients. The second national conference about psychology, education science and social, Mazandaran, Babol, October month, 2017. [persian]
23. Barlett JE, Kotrlik JW, Higgins CC. Organizational research: Determining appropriate sample size in survey research. *Inf Technol Learn Perform J*. 2001;19(1):43-50.[DOI: 10.4236/health.2015.710146]
24. Datiliou F, Barashk, B. Cognitive Behavioral Therapy of Couples. *New cognitive science*. 2006; 8 (3), 80-71.
25. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure. *Diabetes Care*. 2000; 23(3), 943-950.[DOI:10.2337/diacare.23.7.943]
26. Kuwahara A, Nishino Y, Ohkubo T, Tsuji I, Hisamichi S, Hosokawa T. Reliability and validity of the multidimensional health locus of control scale in Japan: Relationship with demographic factors and health-related behavior. *Tohoku J Exp Med*. 2004; 203(1):37-45.[DOI:10.1620/tjem.203.37]
27. Gasemi N, Namdari K, Goreishian M, Amiri M. Relationship Between Expectationism and Adherence to Self-Care behaviors among Patient with type 2 diabetes. *Daneshvar (Raftar) Clinical Psy Personality*. 2010; 17(43): 43-53[in Persian].
28. Ryff CD, Keyes CM, Shomtkin D. Optimal well-being: Empirical Encounter two traditional. *Journal of Personality and social psychology*. 2002; 62 (6): 1007-1022.[DOI: 10.1620/tjem.203.37]
29. Snyder CR, Sympson SC, Ybasco FC, Borders TF, Babyak MA, Higgins RL.(1996). Development and validation of the State Hope Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1996; 70(1): 321-335. [DOI:10.1037//0022-3514.70.2.321]
30. vaezi AA, Fallah B, Moshtagh Eshgh Z. The effects of basic conditioning factors on self-care behaviors of patients with type 2 diabetes referred to Yazd Research Center, 2014 . *JSSU*. 2018; 25(10):770-779. [in Persian].
31. Hosseini Khah M, Monsheei GhR, Abrahami AA. Prediction of self-care behavior based on positive psychological characteristics in people with type 2 diabetes. *Journal of Research in Behavioral Sciences*. 2014; 12 (2): 43-51. in Persian].
32. Shojaeezadeh D, Tol A, Sharifirad G, Alhani F. Effect of education program based on empowerment model inpromotionEsfahan. *RJMS*. 2013; 20 (107) :18-31.URL: http://rjms.iums.ac.ir/article-1-2547-fa.html.
33. Oraki M, Sami P. The effectiveness cognitive-behavioral therapy based on mindfulness on psychological well-being and life quality in MS patients. *Journal of Health Psychology*. 2017; 5(20): 34-47.[persian]
34. KhanehKeshi A, Basavarajappa K. Effectiveness of cognitive behavior therapy on self-efficacy among high school students. *Asian Journal of Management Sciences & Education*. 2013; 2(4): 68-79.[Doi.org/10.1037/0022-006X.54.5.653]