

اثربخشی امیددرمانی بر خودمراقبتی بیماران مبتلابه دیابت نوع دو شهر سیرجان

سیما کریمی^۱، علی دلاور^{۲*}، فاطمه قائمی^۳، فریبرز درتاج^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۴/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۷/۱

خلاصه

مقدمه: خودمراقبتی هسته اصلی مراقبت از بیماری‌های مزمن است. به نظر می‌رسد به‌کارگیری روش‌هایی در جهت ارتقای خودمراقبتی در بیماران مبتلابه دیابت، از استراتژی‌های ارتقای سلامت در آن‌ها باشد. هدف از این مطالعه تعیین اثربخشی امیددرمانی بر خودمراقبتی بیماران مبتلابه دیابت نوع دو است.

مواد و روش‌ها: پژوهش نیمه‌تجربی حاضر بر اساس طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با ۴۰ بیمار مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهر سیرجان در سال ۹۸-۱۳۹۷ انجام شد. نمونه‌گیری هدفمند بود و نمونه‌ها به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص داده شدند. بیماران گروه مداخله، امیددرمانی بر اساس نظریه امید اشنايدر، هرت و راستون و مبتنی بر گزیده‌ای از اشعار مولانا با محوریت مباحث امید و مثبت‌نگری دریافت کردند. داده‌هایی که با استفاده از پرسشنامه خودمراقبتی *Summary of Diabetes Self-Care Activities*، قبل، بلافاصله و سه ماه بعد از مداخله جمع‌آوری شده بودند، با روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که پس از امیددرمانی، خودمراقبتی در گروه‌ها تفاوت معنی‌داری داشت به‌عبارت‌دیگر، امیددرمانی باعث افزایش معنی‌دار خودمراقبتی ($F=24/735, p<0/001$) در بیماران مبتلابه دیابت نوع دو در گروه مداخله شده بود. نتیجه‌گیری: در مطالعه حاضر، امیددرمانی موجب افزایش خودمراقبتی گردید، لذا در نظر گرفتن مداخلات امیددرمانی در برنامه‌ریزی‌های بهبود خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: امیددرمانی، خودمراقبتی، دیابت

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران.

۲- استاد، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: delavar@atu.ac.ir، تلفن: ۰۲۱ ۴۸۳۹۳۲۵۷

۳- دانشیار، مرکز پیوند و امور بیماری‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.

۴- استاد، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

در بهزیستی بیماران مبتلا به دیابت تأکید شده است [۱۳]. Hosseinikhah نیز در مطالعه خود یکی از راه‌های خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت را افزایش امید ذکر کرده است [۱۴]. امیددرمانی به عنوان درمانی که امید را هدف اصلی قرار می‌دهد افزایش امید را به همراه دارد [۱۵]. بیشتر پژوهش‌ها بر ارتباط بین امید و ساختارهای روان‌شناختی تمرکز دارند و مطالعات اندکی امید را مستقیماً به نتایج جسمی سلامتی ارتباط داده‌اند [۱۶]. لذا تلاش محققان این مطالعه تعیین اثربخشی امیددرمانی بر خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت بوده است. برای نیل به این هدف از تلفیقی از امیددرمانی اشنایدر، هرث و راستون و مبتنی بر اشعار مولانا بهره برده شده است. یکی از راه‌های امیددرمانی که اخیراً مورد توجه قرار گرفته، استفاده از شعر است؛ رشته طلایی امید به گونه‌ای ناگسستگی با تار و پود اشعار مولوی پیوند خورده است [۱۷]. لذا این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی امیددرمانی مبتنی بر اشعار مولانا با محوریت مباحثی مانند امید و مثبت‌گرایی بر خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهر سیرجان در سال ۹۸-۱۳۹۷ انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است که بر روی ۴۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به ۵ مرکز خدمات جامع سلامت شهر سیرجان از اواسط سال ۱۳۹۷ تا ۱۳۹۸ به مدت یکسال انجام شد. قبل از شروع مطالعه، تأییدیه کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران با کد اخلاق (IR.IAU.SRB.REC.1397.076) دریافت شد. انتخاب نمونه‌ها در ابتدا به صورت هدفمند بود و سپس نمونه‌ها به صورت تصادفی ساده به دو گروه (مداخله ۲۰ نفر) و (کنترل ۲۰ نفر) تخصیص داده شدند. حجم نمونه با استفاده از فرمول حجم نمونه برای مطالعات کارآزمایی بالینی مطرح شده توسط Friedman و همکاران و یک مطالعه پایلوت در ۲۵ فرد مبتلا به دیابت و ۲۵

دیابت، یک اختلال متابولیک است که دو نوع اصلی (نوع ۱ و ۲) دارد. دیابت نوع دو نوعی اختلال در سوخت و ساز بدن است که با بالا بودن گلوکز خون در شرایط مقاومت در مقابل انسولین و کمبود نسبی انسولین شناسایی می‌شود [۱]. دیابت به عنوان اپیدمی خاموش قرن حاضر یکی از مشکلات بهداشتی تمام کشورهاست، فدراسیون بین‌المللی دیابت، آمار بیماران مبتلا به دیابت را تا سال ۲۰۴۰ بالغ بر ۶۴۲ نفر تخمین زده است [۲]. در ایران فراوانی این بیماری سه و نیم میلیون نفر گزارش شده است که برآورد می‌شود تا سال ۲۰۲۵ این رقم افزون بر ۵/۱ میلیون نفر گردد [۳-۴]

گرچه بیماران مبتلا به دیابت از دست دادن امید به زندگی را تجربه می‌کنند [۵]. با این حال این بیماران نسبت به افراد مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن، امید به زندگی بالاتری دارند [۶]. علاوه بر آن با در نظر گرفتن افزایش امید به زندگی در ایرانیان جای تعجب نیست که بیماران مبتلا به دیابت شانس زنده ماندن بیشتری داشته باشند، لذا به مدت طولانی‌تری عوارض بیماری را تجربه کنند [۷]. یکی از عواملی که باعث کاهش عوارض بیماری دیابت می‌شود خودمراقبتی است [۸]. امروزه بسیاری از صاحب‌نظران، کنترل و مراقبت از دیابت را وظیفه اصلی فرد مبتلا می‌دانند و معتقدند افراد باید مسئولیت کنترل بیماری خود را بر عهده گیرند [۹-۱۰]. به طوری که بیش از ۹۵٪ از مراقبت‌های مربوط به دیابت به‌وسیله بیمار انجام می‌گیرد و متخصصین سلامتی کنترل اندکی بر خودمراقبتی بیماران دارند [۲]. فعالیتهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت علاوه بر کنترل قند خون، تزریق صحیح و به موقع انسولین، رعایت رژیم غذایی، انجام فعالیتهای ورزشی منظم، شناسایی علائم افزایش یا کاهش قند خون، مصرف منظم داروها و مراقبت از پاها است [۱۱]. نقش متغیرهای روان‌شناختی نیز بر فعالیتهای خودمراقبتی مورد تأکید پژوهشگران است، یکی از این متغیرها امید است که نقش مثبت آن در زندگی و سلامت به خصوص در بیماری‌های مزمن به خوبی شناخته شده است [۱۲]. در مطالعه Wienand بر اهمیت امید در تصمیم‌گیری پزشکی و

از مداخله، بلافاصله و سه ماه بعد از مداخله به صورت خودگزارشی تکمیل شد.

پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی (SDSCA) Summary of Diabetes Self-Care Activities of در مطالعه سیدالشهدایی و همکاران (۱۳۹۴) در ایران مورد استفاده و روایی و پایایی نسخه فارسی مورد تأیید قرار گرفته است. برای تعیین روایی از روایی محتوا استفاده شد و ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش شد [۱۸]. در مطالعه حاضر پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹/۵ بدست آمد. پرسشنامه SDACA که به بررسی رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت می‌پردازد شامل ۱۵ سؤال در حیطه رژیم غذایی، فعالیت بدنی، آزمایش قند خون، مراقبت از پا و مصرف داروها است که به هر سؤال برحسب تعداد روزهایی که فرد در هفته گذشته رفتار خودمراقبتی انجام داده است از ۰-۷ امتیاز می‌دهد و در مجموع نمره کل پرسشنامه بین (۰-۱۰۵) است. بر اساس نمرات کسب شده به قسمت مطلوب (۶۵-۱۰۵)، نیمه مطلوب (۳۱-۶۴) و نامطلوب (۰-۳۰) تقسیم‌بندی شده است. تعداد سؤالات مربوط به رفتارهای تغذیه‌ای هشت سؤال است با محدوده امتیازات ۰-۵۶، یک سؤال مربوط به فعالیت بدنی و یک سؤال مربوط به کنترل قند خون است و محدوده امتیازات کسب شده برای هر بعد ۰-۷ است. قسمتی از پرسشنامه که مراقبت از پا را می‌سنجد شامل سه سؤال و محدوده امتیازات در این بخش ۰-۲۱ است و در نهایت دو سؤال میزان تبعیت دارویی بیماران را می‌سنجد (با محدوده امتیازات ۰-۱۴) [۱۹]. بر روی داده‌های حاصل در محیط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر انجام شد.

فرد سالم برای هر یک از گروه‌ها ۱۷ نفر محاسبه شد. محاسبات با نرم‌افزار GPower 3.1 انجام شد. به منظور پیشگیری از ریزش احتمالی نمونه در طول پژوهش، برای هر یک از گروه‌های آزمایش و کنترل ۲۰ نفر در نظر گرفته شد.

$$\alpha = 1/10, \quad 1 - \beta = 1/10, \quad B = 1, \quad \mu_1 = 111/10, \quad \mu_2 = 115/10, \quad \sigma_1 = 7/10, \\ \sigma_2 = 7/10, \quad \delta = 2$$

$$n = \left(1 + \frac{1}{B}\right) \left(\frac{\sigma(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})}{\mu_1 - \mu_2 - \delta}\right)^2 \rightarrow \left(1 + \frac{1}{1}\right) \left(\frac{1/10 \cdot (Z_{1/10} + Z_{1/10})}{111/10 - 115/10 - 2}\right)^2 \approx 17$$

معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلا به دیابت، سن ۲۵-۶۵ سال و ساکن بودن در شهر سیرجان بود که ابتلا به دیابت نوع دو آن‌ها به تأیید پزشک متخصص دیابت رسیده بود. همچنین نمونه‌ها می‌بایست توانایی خواندن و نوشتن به زبان فارسی را برای پاسخ به سؤالات پرسش‌نامه و همچنین توانایی و تمایل به شرکت در جلسات امیددرمانی را داشته باشند و فرم رضایت‌آگاهانه را امضا کرده باشند. معیارهای خروج از مطالعه نیز غیبت بیش از یک جلسه از جلسات آموزش و بستری در بیمارستان و یا مرگ بود.

لازم به ذکر است دو نفر از اعضای گروه مداخله به سبب عود بیماری در جلسات امیددرمانی حاضر نشدند لذا جهت برابری تعداد گروه‌ها، دو نفر از اعضای گروه کنترل نیز به روش تصادفی ساده حذف شدند و نمرات آن‌ها برای تحلیل استفاده نشد. امیددرمانی بر اساس نظریه امید اشنایدر، هرث و راستون و مبتنی بر گزیده‌ای از اشعار مولانا برگرفته از کتاب مثنوی معنوی [۲۰] و دیوان شمس [۲۱] با محوریت مباحث امید و مثبت‌گرایی، ۸ هفته و هر هفته ۱/۵ ساعت برای گروه مداخله توسط پژوهشگر اول به اجرا درآمد (جدول ۱). در گروه کنترل مداخله‌ای صورت

نگرفت اما بعد از اتمام مداخله امیددرمانی را دریافت کردند. پرسشنامه خودمراقبتی توسط دو گروه مذکور در سه زمان پیش

جدول ۱- جلسات آموزشی امیددرمانی: برگرفته از امیددرمانی اشنایدر، راستون، هرث و مبتنی بر اشعار مولانا

جلسه	موضوع	هدف و محتوی	مثالی از دیدگاه مولانا
------	-------	-------------	------------------------

اول	معارفه	در این جلسه ضمن ایجاد محیطی برای آشنایی گروه و پیداکردن یک شناخت نسبی از همدیگر، به آن‌ها آموزش داده می‌شود که چگونه فعالانه در فرآیند آموزش شرکت داشته باشند و یاد آوری قوانین و هنجارهای گروه. تشویق به پویایی گروه و اجرای پیش‌آزمون ...	ای خدا ای فضل تو حاجت‌روا با تو یاد هیچ‌کس نبود روا (مثنوی معنوی دفتر اول، بیت ۱۸۸۰: ۵۸۳).
دوم	اعتقاد به خود و توانایی‌های خود از دیدگاه مولانا	تقویت اعتقاد بیمار به خود و توانایی‌های خود جهت کمک به بیان احساسات درباره آینده.	بحر علمی در نمی پنهان شده در سه گز تن عالمی پنهان شده (مثنوی معنوی دفتر پنجم، بیت ۳۵۷۹: ۹۸۲).
سوم	امید جویی	تشویق مشارکت‌کنندگان برای آگاهی و بیان ترس‌ها، تقاضاها (سوالات)، انتظارات و امیدها، از طریق روایت‌ها که بر اهداف گذشته و حیطه‌های غالب زندگی مراجع استوار است (بیماری دیابت و سلامت روان)، بررسی اینکه آیا استراتژی‌های گذشته کاربردی بوده است؟	هله نومید نباشی که تو را بار براند گرت امروز براند نه که فردات بخواند در اگر بر تو ببندد همه ره‌ها و گذرها ره پنهان بنماید که کس آن راه نداند (دیوان شمس غزل ۷۶۵: ۱۲۹).
چهارم	بیان مؤلفه‌های امید	هدف‌گزینی، انگیزه رسیدن به هدف، راه‌های رسیدن به هدف (از بعد مراقبت جسمی و روانی)	سایه حق بر سر بنده بود عاقبت جوینده یابنده بود چون ز چاهی می‌کنی هر روز خاک عاقبت اندر رسی در آب پاک (مثنوی معنوی دفتر سوم، ابیات ۸۴-۴۷۸۱: ۱۲۱۶).
پنجم	مثبت‌نگری	مثبت‌نگری و توضیح نقش بین افکار، هیجانات و رفتار. همراه با تمرین‌های مرتبط با افکار و احساسات و تمرین در گروه برای تغییر دادن الگوهای خودکار و مزمن افکار.	ای برادر تو همان اندیشه‌ای ما بقی تو استخوان و ریشه‌ای گر گل است اندیشه تو، گلشنی ور بود خاری، تو همیشه گلخنی (مثنوی معنوی دفتر دوم، ابیات ۷۸-۲۷۷: ۱۰۴).
ششم	ارتباط	افزایش آگاهی بیمار از شبکه‌های اجتماعی و حمایتی و نقاط قدرت و ضعف هر کدام	ای بسا هندو ترک هم‌زبان ای بسا دو ترک چون بیگانگان پس زبان محرمی خود دیگر است همدلی از هم‌زبانی بهتر است (مثنوی معنوی دفتر اول، بیت ۱۲۰۶)
هفتم	معنویت / تعالی	آگاهی از منابع قدرت صبر، توکل و شکرگزاری، گذشت، رنج، معنا، زیبایی‌شناختی، عشق، عدالت، زندگی در حال، شادی	مرا عهدیست با شادی که شادی آن من باشد مرا قولیست با جانان که جانان جان من باشد (دیوان شمس غزل ۵۷۸: ۳۰).
هشتم	نتیجه‌گیری و ارزشیابی	جمع‌بندی جلسات، دادن شماره تماس، آدرس واتساپ محقق جهت پاسخگویی هرگونه سؤال به مشارکت‌کنندگان. اجرای پس‌آزمون بلافاصله و ۳ ماه بعد	روزها گر رفت گو رو باک نیست تو بمان ای آنک چون تو پاک نیست (مثنوی معنوی دفتر اول، بیت ۱۶: ۶۱)

یافته‌ها

تفاوتی نداشتند. همه مشارکت‌کنندگان متأهل و بالاترین

تحصیلات دیپلم بود (جدول ۲).

دو گروه کنترل و آزمون از نظر میانگین سنی و طول دوران بیماری و همچنین از نظر جنس، تأهل و سطح تحصیلات با هم

جدول شماره ۲- مقایسه متغیرهای جمعیت‌شناختی بین دو گروه مداخله و کنترل در افراد مبتلا به دیابت نوع دو شهر سیرجان

P	کل (تعداد=۳۶)	گروه کنترل (تعداد=۱۸)	گروه مداخله (تعداد=۱۸)	شاخص‌های پراکندگی	متغیرهای جمعیت‌شناختی
* ۰/۵۵۵	۵۷/۴۱±۸/۰۲	۵۷/۲۳±۸/۲۳	۵۸/۲۲±۷/۷۲	انحراف معیار ± میانگین	سن (سال)

طول دوران بیماری (سال)	انحراف معیار \pm میانگین	۱۰/۲۲ \pm ۶/۳۸	۹/۵۷ \pm ۶/۶۸	۹/۸۰ \pm ۶/۵۲	* ۰/۷۰۷
جنسیت	مرد	۸ (۴۴/۴)	۷ (۳۸/۹)	۱۵ (۴۱/۷)	** ۰/۷۳۵
زین	تعداد (%)	۱۰ (۵۵/۶)	۱۱ (۶۱/۱)	۲۱ (۵۸/۳)	
تحصیلات	زیردیپلم	۴ (۲۷/۷۷)	۴ (۲۷/۷۷)	۸ (۲۷/۷۷)	*** ۰/۴۷۵
دیپلم	تعداد (%)	۱۴ (۷۲/۳۳)	۱۴ (۷۲/۳۳)	۲۸ (۷۲/۳۳)	

* آزمون تی مستقل ** آزمون کای دو *** آزمون فیشر $p < 0.05$

مرحله پیگیری این تفاوت در همه مؤلفه‌ها و نمره کلی پایدار ماند. جهت بررسی دقیق‌تر تفاوت بین گروه‌ها از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد (جدول ۳).

در مقایسه نمرات خودمراقبتی بین دو گروه مداخله و کنترل، آزمون تی اختلاف معنی‌دار را نشان داد. به عبارتی از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری در بهبود همه مؤلفه‌های خودمراقبتی و نمره کلی مقیاس وجود داشت و در

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون مؤلفه‌های خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شهر سیرجان (تعداد در هر گروه = ۱۸)

متغیر	گروه‌ها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پایگیری
تغذیه	مداخله	۲۹/۹۴ \pm ۵/۶۷	۳۶/۵۵ \pm ۵/۴۵	۳۴/۵۵ \pm ۴/۷۴
کنترل	کنترل	۲۸/۲۷ \pm ۶/۲۶	۲۹/۱۱ \pm ۶/۷۵	۳۰/۱۶ \pm ۶/۲۸
حرکتی	مداخله	۳/۱۱ \pm ۲/۱۶	۴/۹۴ \pm ۱/۳۴	۴/۲۷ \pm ۱/۹۰
کنترل	کنترل	۳/۰۰ \pm ۲/۲۲	۳/۸۳ \pm ۱/۹۴	۳/۲۷ \pm ۲/۰۵
کنترل قند	مداخله	۱/۱۶ \pm ۱/۰۴	۲/۷۷ \pm ۱/۴۷	۳/۰۵ \pm ۱/۵۱
کنترل	کنترل	۱/۲۲ \pm ۱/۳۵	۱/۶۱ \pm ۱/۶۰	۱/۷۶ \pm ۱/۷۵
مراقبت پا	مداخله	۷/۳۳ \pm ۵/۰۲	۱۰/۷۲ \pm ۷/۱۰	۱۰/۸۳ \pm ۴/۸۵
کنترل	کنترل	۶/۶۶ \pm ۵/۲۶	۷/۸۳ \pm ۶/۰۱	۷/۰۵ \pm ۴/۵۶
تبعیت دارویی	مداخله	۹/۵۵ \pm ۳/۰۲	۱۱/۶۱ \pm ۲/۹۹	۱۰/۸۳ \pm ۳/۱۶
کنترل	کنترل	۸/۳۳ \pm ۴/۳۳	۶/۸۸ \pm ۳/۹۸	۷/۷۷ \pm ۳/۷۰
نمره کل	مداخله	۵۱/۱۱ \pm ۸/۹۶	۶۶/۶۱ \pm ۱۰/۳۴	۶۳/۵۵ \pm ۶/۵۵
کنترل	کنترل	۴۷/۵۰ \pm ۱۱/۰۵	۴۹/۲۷ \pm ۱۲/۲۹	۴۹/۷۷ \pm ۱۱/۱۷

آزمون باکس جهت بررسی پیش‌فرض همسانی ماتریس‌های کوواریانس نشان داد که متغیر خودمراقبتی در بیماران دیابتی در سطح خطای ۰/۰۵ معنی‌دار نیست، بر این اساس، این پیش‌فرض برقرار است ($F=7/232$ ، ام. باکس، $p=0/366$). نتایج آزمون لون نشان داد همگونی واریانس‌ها بین گروه‌ها در مراحل سنجش پیش‌آزمون ($L=0/855$ ، $p=0/362$)، پس‌آزمون ($L=0/521$)، $p=0/475$ و پیگیری ($L=3/251$ ، $p=0/079$) در سطح خطای ۰/۰۵ معنی‌دار نبود و واریانس گروه‌ها همگون می‌باشد، به

نتایج آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی پیش‌فرض طبیعی بودن توزیع داده‌ها در متغیر خودمراقبتی نشان داد که مقدار آماره آزمون شاپیرو-ویلک در پیش‌آزمون ($F=0/966$ ، آماره، $p=0/728$)، پس‌آزمون ($F=0/934$ ، آماره، $p=0/226$) و پیگیری ($F=0/942$ ، آماره، $p=0/319$) گروه مداخله و در پیش‌آزمون ($F=0/977$ ، آماره، $p=0/919$)، پس‌آزمون ($F=0/974$ ، آماره، $p=0/728$) و پیگیری ($F=0/968$ ، آماره، $p=0/783$) گروه کنترل در سطح خطای ۰/۰۵ معنی‌دار نبود، به عبارت دیگر توزیع داده‌ها نرمال است. نتایج

کوواریانس در جدول ۴ ارائه شده است.

عبارتی، گروه‌ها قابلیت مقایسه با یکدیگر را دارند. نتایج آزمون کرویت ماچلی جهت بررسی مفروضه تقارن مرکب ماتریس

جدول ۴- نتایج آزمون کرویت ماچلی برای مؤلفه‌های متغیر خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شهر سیرجان

متغیر	W ماچلی	مجذور کای	P	آزمون‌های اپسیلون		
				گرین هوس- گیسر	هیونه فیلدت	کران پایین
تغذیه	۰/۸۹۷	۳/۵۹۰	۰/۱۶۶	۰/۹۰۷	۰/۹۸۳	۰/۵۰۰
حرکتی	۰/۹۶۲	۱/۲۷۶	۰/۵۲۸	۰/۹۶۳	۱/۰۰۰	۰/۵۰۰
کنترل قند	۰/۸۰۵	۶/۹۵۹	۰/۰۳۱	۰/۸۳۷	۰/۹۰۳	۰/۵۰۰
مراقبت پا	۰/۷۸۷	۷/۹۲۴	۰/۰۱۹	۰/۸۲۴	۰/۸۸۶	۰/۵۰۰
تبعیت دارویی	۰/۵۷	۱۸/۵۳۸	۰/۰۰۰	۰/۶۹۹	۰/۷۴۲	۰/۵۰۰
نمره کل	۰/۸۸۷	۳/۹۴۵	۰/۱۳۹	۰/۸۹۹	۰/۹۷۴	۰/۵۰۰

* $p < 0.05$ درجه آزادی = ۲

مفروضه تفسیر شاخص F تغییر می‌کند. در این مطالعه برای دقت بیشتر از اصلاح درجات آزادی گرین هوس- گیسر استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در جداول ۵ و ۶ ارائه شده است.

نتایج آزمون کرویت ماچلی نشان داد مقدار p آزمون در مؤلفه‌های تغذیه، حرکتی و نمره کلی معنی‌دار نیست؛ اما در مؤلفه‌های کنترل قند، مراقبت پا و تبعیت دارویی معنی‌دار است و این پیش‌فرض برقرار نیست. در صورت عدم برقراری این

جدول ۵- تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر جهت مقایسه تغییرات درون گروهی برای متغیر خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شهر سیرجان در سه مرحله اندازه‌گیری

مؤلفه‌ها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	P	اندازه اثر
تغذیه	زمان	۲۹۵/۶۸۵	۲	۱۴۷/۸۴۳	۱۷/۹۳۳	<۰/۰۰۱	۰/۳۴۵
	زمان*گروه	۱۵۰/۳۸۹	۲	۷۵/۱۹۴	۹/۱۲۱	<۰/۰۰۱	۰/۲۱۲
حرکتی	خطا	۵۶۰/۵۹۳	۶۸	۸/۲۴۴			
	زمان	۳۲/۰۷۴	۲	۱۶/۰۳۷	۱۶/۶۳۴	<۰/۰۰۱	۰/۳۰۱
کنترل قند	زمان*گروه	۵/۴۰۷	۲	۲/۷۰۴	۲/۴۶۷	۰/۰۹۲	۰/۰۶۸
	خطا	۷۴/۵۱۹	۶۸	۱/۰۹۶			
مراقبت پا	زمان	۲۶/۰۹۳	۱/۶۷۳	۱۵/۵۹۷	۱۱/۶۶۰	<۰/۰۰۱	۰/۲۶۱
	زمان*گروه	۱۲/۳۷۹	۱/۶۷۳	۷/۳۹۹	۵/۵۳۲	۰/۰۱۰	۰/۱۴۴
تبعیت دارویی	خطا	۷۳/۸۵۰	۵۵/۲۰۹	۱/۳۳۸			
	زمان	۱۰۸/۹۶۳	۱/۶۴۸	۶۶/۱۱۲	۲/۷۷۳	۰/۰۸۱	۰/۰۷۹
نمره کل	زمان*گروه	۴۶/۲۲۲	۱/۶۴۸	۲۸/۰۴۵	۱/۱۷۶	۰/۳۰۸	۰/۰۳۳
	خطا	۱۳۳۶/۱۴۸	۵۶/۰۳۸	۲۳/۸۴۴			
	زمان	۲/۷۲۲	۱/۳۹۹	۱/۹۴۶	۰/۲۰۹	۰/۷۳۱	۰/۰۰۶
	زمان*گروه	۵۵/۱۶۷	۱/۳۹۹	۳۹/۴۳۸	۴/۲۴۳	۰/۰۳۲	۰/۱۱۱
	خطا	۴۴۲/۱۱۱	۴۷/۵۵۹	۹/۲۹۶			
	زمان	۱۵۶۵/۳۹۸	۲	۷۸۲/۶۹۴	۲۴/۷۳۵	<۰/۰۰۱	۰/۴۲۱
	زمان*گروه	۹۱۲/۹۰۷	۲	۴۵۶/۴۵۴	۱۴/۴۲۵	<۰/۰۰۱	۰/۲۹۸
	خطا	۲۱۵۱/۷۰۴	۶۸	۳۱/۶۴۳			

خودمراقبتی از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه مداخله و گروه کنترل روند متفاوتی را دنبال می‌کنند. به عبارتی یافته‌های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معنی‌داری در میانگین متغیرهای مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیرها طی مراحل ارزیابی در دو گروه مورد مطالعه یکسان نبوده است. در ادامه با بررسی اثرات بین گروهی مشخص خواهد شد که روند تغییرات در هر یک از گروه‌های پژوهش به چه شکل بوده است.

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در ارزیابی تغییرات درون‌گروهی نشان داد بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در مؤلفه‌های تغذیه، حرکتی، کنترل قند و نمره کلی خودمراقبتی بدون توجه به عامل بین‌گروهی تفاوت معنی‌داری وجود داشت. روند تغییرات نمرات مؤلفه‌های خودمراقبتی، از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری (اثر متقابل زمان و گروه) در همه مؤلفه‌ها به جز مؤلفه «حرکتی» پایدار بود. اندازه اثر امیددرمانی در نمره کلی خودمراقبتی در طول زمان ۰/۴۲٪ و در اثر متقابل زمان و گروه ۰/۲۹٪ محاسبه شد. اثر متقابل زمان و گروه نشان می‌دهد، تغییرات نمرات مؤلفه‌های

جدول ۶- نتایج آزمون تحلیل واریانس بین گروهی برای بررسی تأثیر متغیر مستقل بر خودمراقبتی و مؤلفه‌های آن در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شهر سیرجان

متغیر	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	P	ضریب تأثیر
تغذیه	۵۴۶/۷۵۰	۵۴۶/۷۵۰	۶/۲۱۵	*۰/۰۱۸	۰/۱۵۵
حرکتی	۱۴/۸۱۵	۱۴/۸۱۵	۱/۵۸۴	۰/۲۱۷	۰/۰۴۵
کنترل قند	۱۸/۶۴۵	۱۸/۶۴۵	۴/۶۸۲	*۰/۰۳۸	۰/۱۲۴
مراقبت پا	۱۶۱/۳۳۳	۱۶۱/۳۳۳	۳/۰۵۹	۰/۰۸۹	۰/۰۸۳
تبعیت دارویی	۲۴۳/۰۰۰	۲۴۳/۰۰۰	۹/۶۰۷	*۰/۰۰۴	۰/۲۲۰
نمره کل	۳۶۱۶/۸۹۸	۳۶۱۶/۸۹۸	۱۴/۴۱۰	*۰/۰۰۱	۰/۲۹۸

* $p < 0.05$ درجه آزادی = ۱

مداخله پایدار بوده است و بین گروه‌ها در مؤلفه‌های تغذیه، کنترل قند، تبعیت دارویی و نمره کلی اختلاف معنی‌داری وجود دارد که نشان‌دهنده بهبود مؤلفه‌های خودمراقبتی در گروه مداخله می‌باشد. جهت مقایسه زوجی این تغییرات از آزمون تبعی بون‌فرونی استفاده شد (جدول ۷).

نتایج جدول ۶ حاکی از آن است که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در مؤلفه‌های خودمراقبتی و نمره کلی وجود دارد. به عبارت دیگر عضویت گروهی می‌تواند تفاوت معنی‌داری بین افراد ایجاد کند، اما در مؤلفه‌های حرکتی و مراقبت پا، تفاوتی بین گروه‌ها مشاهده نشد. نتایج نشان می‌دهد که اثر درمان در گروه

جدول ۷- نتایج آزمون تبعی بون‌فرونی برای مقایسه تغییرات درون‌گروهی متغیر خودمراقبتی و مؤلفه‌های آن در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شهر سیرجان

متغیر	گروه‌ها	پیش‌آزمون تا پس‌آزمون	پیش‌آزمون تا پیگیری	پس‌آزمون تا پیگیری
تغذیه	مداخله	*-۶/۶۱۱ (p=۰/۰۰۰)	°-۴/۶۱۲ (p=۰/۰۰۱)	۲/۰۰۰ (p=۰/۲۸۸)
	کنترل	*-۰/۸۳۳ (p=۰/۰۲۱)	-۱/۸۸۹ (p=۰/۱۷۱)	-۱/۰۵۶ (p=۰/۹۰۱)
حرکتی	مداخله	*-۱/۸۳۳ (p=۰/۰۰۲)	°-۱/۱۷۶ (p=۰/۰۰۹)	۰/۶۶۷ (p=۰/۲۲۷)
	کنترل	*-۰/۸۳۳ (p=۰/۰۴۳)	-۰/۲۷۸ (p=۱/۰۰۰)	۰/۵۵۶ (p=۰/۲۵۸)

مداخله	*-۱/۶۱۱ (p=۰/۰۰۲)	°-۱/۸۸۹ (p=۰/۰۰۰)	-۰/۲۷۸ (p=۰/۲۲۷)
کنترل	-۰/۱۱۸ (p=۱/۰۰۰)	-۰/۴۷۱ (p=۰/۶۴۷)	-۰/۳۵۳ (p=۰/۸۶۰)
مراقبت با	*-۳/۳۸۹ (p=۰/۰۰۵)	-۳/۵۰۰ (p=۰/۱۱۶)	-۰/۱۱۱ (p=۱/۰۰۰)
کنترل	-۱/۱۶۷ (p=۱/۰۰۰)	-۰/۳۸۹ (p=۱/۰۰۰)	۰/۷۷۸ (p=۱/۰۰۰)
مداخله	*-۲/۳۸۹ (p=۰/۰۱۱)	-۱/۲۷۸ (p=۰/۰۹۶)	۰/۷۷۸ (p=۰/۱۳۲)
کنترل	۱/۴۴۴ (p=۰/۸۳۱)	۰/۵۵۶ (p=۱/۰۰۰)	-۰/۸۸۹ (p=۰/۵۰۰)
مداخله	*-۱۵/۵۰۰ (p=۰/۰۰۰)	-۱۲/۸۳۷ (p=۰/۰۰۰)	۳/۰۶۵ (p=۰/۱۳۲)
نمره کلی	*	*	
کنترل	-۱/۷۷۸ (p=۰/۹۱۹)	-۲/۲۷۸ (p=۰/۵۱۷)	-۰/۵۰۰ (p=۱/۰۰۰)

*p<۰/۰۵

در مطالعه Chew و همکاران تأکید شده است که مدیریت مؤثر دیابت توسط تیم درمان و جامعه، نیاز به رابطه بین امیدواری با پیگیری رفتارهای مرتبط با سلامت دارد [۲۶]. ارتباط مثبت بین امید و خودمراقبتی و تأثیر غیرمستقیم امیددرمانی بر خودمراقبتی در مطالعه Khamseh نیز گزارش شده است به طوری که خودمراقبتی به عنوان یک منبع تقویت، روابط بین خودکارآمدی و امید به زندگی و هم‌چنین استرس ادراک شده و امید به زندگی را تبیین می‌کند. ضمن آنکه در همان مطالعه گزارش شده است که داشتن امید در زندگی باعث انجام خودمراقبتی بهتر و بیشتر در زندگی و حفظ سلامت در افراد مبتلا به دیابت نوع دو شده است [۲۷]. پیش‌بینی خودمراقبتی افراد مبتلا به دیابت با ارتقای امید نیز تأکید چندین مطالعه است. [۲۸-۲۹]

در مطالعه Karimi و همکاران اثربخشی امیددرمانی بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تأیید شده است [۳۰]. خودکارآمدی پیش‌بینی‌کننده رفتارهای خودمراقبتی است [۳۱] از این رو می‌توان چنین استنباط کرد که امیددرمانی، رفتارهای خودمراقبتی را افزایش می‌دهد. برنامه مراقبتی بر اساس الگوی خودمراقبتی اورم نیز توانسته بود به عنوان یک روش مراقبتی کم‌هزینه و اثربخش موجب افزایش امید به زندگی بیماران مطالعه Hajavi و همکاران گردد [۳۲]. در مطالعه Choobdari و همکاران نیز اگرچه سطح امید به زندگی بیماران پایین بود اما آموزش خودمراقبتی به همراه پیگیری تلفنی تمام ابعاد امید را ارتقا داده بود [۳۳]. اجرای برنامه آموزشی

جدول ۷ حاکی از آن است که تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در همه مؤلفه‌ها معنی‌دار است و فقط در مؤلفه‌های تغذیه، حرکتی، کنترل قند و نمره کلی در مرحله پیگیری معنی‌دار مانده است. به عبارت دیگر مداخله باعث ایجاد تغییرات ماندگار در گروه مداخله شده است.

بحث

اثربخشی مداخله امیددرمانی بر خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو هدف این پژوهش بود که نتایج کلی نشان‌دهنده تأثیر مثبت و معنی‌دار امیددرمانی بر خودمراقبتی این بیماران بود. در تبیین این نتیجه می‌توان به مطالعه Van Kuiken استناد کرد که نشان داده است افراد امیدوار به آینده و دارای انگیزه‌های مثبت، انگیزه و تمایل بیشتری به شرکت در رفتارهای خودمراقبتی دارند [۲۲].

امید، به عنوان یک استراتژی مقابله‌ای مؤثر همراه با سازگاری مثبت با بیماری پذیرفته شده است [۲۳]. «امید به عنوان خودمراقبتی» یکی از مضامین مطالعه Wienand است و این فرصت را در بیماران مبتلا به دیابت ایجاد می‌کند که علی‌رغم نامشخص بودن نتیجه سلامتی، مثبت باقی بمانند [۱۳]. نگرش منفی به آینده و ناامیدی در کنترل دیابت از مهم‌ترین عوامل عدم پایبندی به خودمراقبتی است [۲۴]. کاهش امید و پیامد آن شامل بی‌توجهی به رژیم‌درمانی یکی از موانع شایع کنترل دائمی دیابت مشارکت‌کنندگان مطالعه Mousavizadeh و همکاران بوده است [۲۵].

روزمه، نقش به سزایی در بهبود این بیماران داشته باشد. لذا این یافته‌ها می‌توانند در راستای طراحی برنامه‌های جامع برای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت در جهت ارتقای سلامت آن‌ها به کار گرفته شوند.

توصیه می‌شود برنامه‌ریزان و مجریان سلامت کشور، امیددرمانی را دستور کار خود قرار دهند تا از این طریق بتوان مراکز درمانی اثرگذارتری نسبت به قبل در زمینه بهبود بیماران مبتلا به دیابت داشت. همچنین توصیه می‌شود کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی، بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را جهت دریافت جلسات امیددرمانی گروهی و یا فردی به مراکز روان‌درمانی معرفی نمایند.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط پژوهشگران این مطالعه بیان نشده است.

سهم نویسندگان

در این مطالعه هزینه‌ای از هیچ مؤسسه‌ای دریافت نشده است. سیما کریمی، در جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها و نوشتن گزارش تحقیق و علی دلاور و فاطمه قائمی در راهنمایی مراحل تحقیق مشارکت داشتند. فریبرز درتاج، در مشاوره مراحل تحقیق یاری رساندند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از رساله دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران است. محققان مراتب تشکر و قدردانی خود را از بیماران مبتلا به دیابت مشارکت‌کننده در این مطالعه و دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران که بدون همراهی ایشان انجام این پژوهش میسر نبود اعلام می‌دارند.

خودمراقبتی اورم، امید بیماران مطالعه Dahmardeh و همکاران را نیز افزایش داده بود [۳۴]. از آنجا که تمرکز خودمراقبتی بر توانایی‌های فرد است [۱۹] و امید نیز به جای تمرکز بر ضعف‌ها بر توانایی‌ها تأکید دارد [۱۵] لذا این یافته مطالعه را قابل تبیین می‌کند.

اثربخشی معنویت‌درمانی که امید یکی از مؤلفه‌های آن است بر خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت، میزان خودمراقبتی و ابعاد آن شامل: رژیم غذایی، فعالیت‌های حرکتی، مصرف دارو، مراقبت از پاها را در مطالعه Imeni و همکاران ارتقا داده است [۳۵]. یکی دیگر از نتایج مطالعه حاضر اثربخشی امیددرمانی بر ابعاد تغذیه، کنترل قند و تبعیت دارویی خودمراقبتی و عدم اثربخشی امیددرمانی بر ابعاد حرکتی و مراقبت از پا است. شاید بتوان دلایل پدید آمدن این نتیجه را در حجم نمونه پایین جستجو کرد و دلیل دیگر آن را شاید بتوان نبود مراکز بهداشتی مراقبت از بیماران مبتلا به دیابت (مراقبت تخصصی از پا) و کمبود مراکز ورزشی و هزینه بالای کلاس‌های ورزشی به خاطر محدودیت‌های اقتصادی، محدودیت سن و بیمارهای حرکتی مفصلی مشارکت‌کنندگان در مطالعه دانست. تا آنجا که محققان این مطالعه در متون جستجو کردند مطالعه‌ای که اثربخشی امید درمانی را بر ابعاد خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت بررسی کرده باشد یافت نشد.

راه‌اندازی بخش دیابت مجمع خیرین سلامت شهر سیرجان توسط محققان این مطالعه، سعی آن‌ها در جهت رفع محدودیت نداشتن مکان برای برگزاری جلسات امید درمانی بود. داشتن نمونه کوچک محدودیت دیگر این مطالعه است که پیشنهاد مطالعات آینده با حجم نمونه بیشتر را مطرح می‌کند.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه حاکی از آن است که امیددرمانی می‌تواند رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را ارتقا دهد و بدین ترتیب در کنار درمان‌های

1. Egan AM, Dinneen SF. What is diabetes? *Medicine* 2014;42(12):679-81.
2. Ogurtsova K, da Rocha Fernandes J, Huang Y, Linnenkamp U, Guariguata L, Cho NH, et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040. *Diabetes research and clinical practice* 2017;128:40-50.
3. Moridi G, Valiee S, Nasrabadi AN, Nasab GE, Khaledi S. Meanings of health for Iranian diabetic patients: a qualitative study. *Electronic physician* 2016;8(9):2904-10.
4. King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995–2025: prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes care* 1998;21(9):1414-31.
5. Dall T, Nikolov P, Hogan PF. Economic costs of diabetes in the US in 2002. *Diabetes care* 2003;26:917-32.
6. Diabetes UK. Diabetes life expectancy- type 1 and type 2 life expectancy. [cited 2019 oct 1]. Available on www.diabetes.co.uk/news.
7. Esteghamati A, Gouya MM, Abbasi M, Delavari A, Alikhani S, Alaedini F, et al. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in the adult population of Iran: National Survey of Risk Factors for Non-Communicable Diseases of Iran. *Diabetes care* 2008;31(1):96-8. [Persian]
8. Delavari A, Alikhani S, Nili S, Birjandi RH, Birjandi F. Quality of care of diabetes mellitus type II patients in Iran. *Archives of Iranian Medicine (AIM)* 2009;12(5):492-5. [Persian]
9. Heisler M. Helping your patients with chronic disease: Effective physician approaches to support self-management. *Hospital Physician* 2005;41(8):45.
10. Funnell MM, Anderson RM. The problem with compliance in diabetes. *JaMa* 2000;284(13):1709.
11. Vasli P, Eshghbaz F. Survey condition regarding self-caring of children suffering from diabetes type 1 and It's relation with family reaction. *JMUMS* 2009;19(69):38-44. [Persian]
12. Hammer K, Mogensen O, Hall EO. The meaning of hope in nursing research: a meta-synthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2009;23(3):549-57.
13. Wienand I, Rakic M, Shaw D, Elger B. The beneficence of hope: findings from a qualitative study with gout and diabetes patients. *Journal of bioethical inquiry* 2018;15(2):211-8.
14. Hoseinikhah M, Manshaei GHR, Ebrahimi A. Prediction of Self-care behavior based on Hardiness, Hope and Dysfunction Attitude among patients with Type 2 Diabetes. *J Res Behave Sci* 2014; 12(2): 217-225. [Persian]
15. Snyder CR. *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. 1nd ed. University of Kansas: Academic press; 2000:143.
16. Gallagher MW, Lopez Sh J. *The oxford Hand book of Hope*. 1nd ed. University of oxford. Published in the United States of America by oxford university press; 2018:116.
17. Ghobadi H, Kolahchian F. Analysis of Hope and Despair in Rumi's thoughts and stories. *Literary research* 2007;4(17): 149-74. [Persian]
18. Seyedoshohadae M, Barasteh S, Jalalinia F, Eghbali M, Nezami M. The relationship between health literacy and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes. *Iranian Journal of Nursing Research* 2016;10(4):43-51. [Persian]
19. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes care* 2000;23(7):943-50.
20. Molavi, JM .*A Comprehensive Description of Masnavi Masnavi*, Edited by Karim Zamani. 30nd ed. Tehran: Atlaat;2009:61,104,583,981.
21. Maulana, J. *Divan-e Shams-e Tabrizi, Booklets First to Fifth*, Edited by Badiozaman Forouzanfar, . 5th Edition. Tehran: Talayeh; 1999:30,129.
22. Van Kuiken DM. (dissertation).*The Role of Hope in Self-care in Persons with Heart Failure*. United states: University of Cincinnati; 2008:3-4.

23. Reynolds MAH. Hope in adults, ages 20–59, with advanced stage cancer. Palliative & supportive care 2008;6(3):259-64.
24. Vinter-Repalust N, Petricek G, Katic M. Obstacles which patients with type 2 diabetes meet while adhering to the therapeutic regimen in everyday life: qualitative study. Croatian medical journal 2004;45(5):630-6.
25. Mousavizadeh S, Ashktorab T, Ahmadi F, Zandi M. Evaluation of barriers to adherence to therapy in patients with diabetes. Journal of Diabetes Nursing 2016; 4 (3): 94 - 108. [Persian]
26. Chew B-H, Shariff-Ghazali S, Fernandez A. Psychological aspects of diabetes care: Effecting behavioral change in patients. World journal of diabetes 2014;5(6):796-808.
27. Khamseh F. Structural modeling of life expectancy based on perceived stress and self-efficacy with mediation Self-care in type 2 diabetes patients. Proceedings of the 11th International congress. On Psychology & Sociology. 2018 July 2; Tehran, Iran. 2018:1-16.
28. Berg CJ, Rapoff MA, Snyder C, Belmont JM. The relationship of children's hope to pediatric asthma treatment adherence. The Journal of Positive Psychology 2007;2(3):176-84.
29. Wang L-Y, Chang P-C, Shih F-J, Sun C-C, Jeng C. Self-care behavior, hope, and social support in Taiwanese patients awaiting heart transplantation. Journal of Psychosomatic Research 2006;61(4):485-91. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.11.013>
30. Karimi S, Delavar A, Khaemi F, Dortaj F. The Effectiveness of Hope -Therapy on the Psychological Capital of Patients with Type II Diabetes. J Diabetes Nursing 2019; 7(2): 809-19. [Persian]
31. Kordi M, Banaii M, Asghari Pour N, Mazloom R, Akhlaghi F. Predict the self-care behaviors of women with diabetes Pregnancy is based on the individual's belief in his ability (self-efficacy). IJOGI 2016; 19(13):6-17. [Persian]
32. Hajavi A, Heydari J, Kashani F. The effect of Orem self-care model on quality of life and increased life expectancy in breast cancer patients. International Congress on Breast Cancer. 2012 February 22-25; Theran, Iran. [Persian]
33. Choobdari M, Dastgerdi R, Sharifzadeh G. The impact of self-care education on life expectancy in acute coronary syndrome patients. JBUMS 2015; 22(1):19-26. [Persian]
34. Dahmardeh H, Vaghar SSA, Amiri FH, Sharifzadeh GR, Rakhshany ZF. Effect of self-care educational program based on Orem's Theory on hope in patients with Multiple Sclerosis. Medical - Surgical Nursing Journal 2015; 4(2): 57-63. [Persian]
35. Imeni F, Sadeghi M, Gholam RS. The effect of group spirituality therapy on self-care and its dimensions in women with type 2 diabetes. Daneshvar medicine 2018; 25(134):79-87. [Persian]

The Effect of Hope Therapy on Self-Care in Patients with Type II Diabetes

Karimi S¹, Delavar A², Ghaemi F³, Dortaj F⁴

1- PhD Student, Dept of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad university, Tehran, Iran.

2- Prof, Dept of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

Email: delavar@atu.ac.ir, Tel: 02148393257

3- Associate prof, Transplantation & Disease Center of Ministry of Health & Medical Education, Tehran, Iran.

4- Prof, Dept of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Received: 2 July 2019 Accepted: 23 September 2019

Introduction: Self-care is at the core of treating chronic diseases. It seems that applying self-care methods to improve this method of treatment in patients with diabetes is an effective strategy in promoting health in these patients. The aim of this study was to determine the efficacy of hope therapy on self-care in patients with type 2 diabetes.

Materials and Methods: This semi-experimental research was carried out based on a pretest and posttest design on 40 patients with diabetes referred to health centers affiliated with Sirjan University of Medical Sciences and Health Services from 2017 to 2018. A purposeful sampling was used, and the participants were randomly assigned to one of the intervention and control groups. The intervention group received Hope Therapy, based on the hope theory of Schneider, Herth, and Ruston and based on a selection of Molana poems focusing on hope and optimism issues. The Data were collected before, immediately and three months after the intervention using the Self-Care Questionnaire SDSCA. Repeated measures analysis of variance was used to analyze the data in the SPSS software, with the significance level set at 0.05.

Results: The results showed that there was a significant difference between the groups in terms of self-care after hope therapy. In addition, hope therapy significantly increased self-care ($P < 0.001$, $F = 24.735$) in patients with type 2 diabetes in the intervention group.

Conclusion: The results showed that hope therapy increased self-care. Therefore, it is important to consider hope therapy intervention in making plans for improving self-care in diabetic patients.

Keywords: Hope Therapy, Self-Care, Diabetes

Please cite this article as follows:

Karimi S, Delavar A, Ghaemi F, Dortaj F. The Effect of Hope Therapy on Self-Care in Patients with Type II Diabetes. *Community Health journal* 2019; 13(2): 33-44.

Funding: Personally funded.

Conflict of interest: There is no conflict of interest regarding the publication of this article.

Ethical approval: The ethical approval was obtained from the Ethics Committee of Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran under the reference number: (IR.IAU.SRB.REC.1397.076)