

نشریه علمی فرهنگی - تربیتی زنان و خانواده

سال پانزدهم، شماره ۵۱، تابستان ۱۳۹۹: ۱۶۸ - ۱۵۱

اثربخشی درمانهای شناختی - رفتاری گروهی و درمان مثبت‌نگر

بر سرسختی روانشناختی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت نوع دو

حمیدرضا حاتمی^۲
غلامرضا ذاکری‌پور^۴

روناک طاهرپور^۱
حسن احدی^۳

مریم کلهرنیا گل‌کار^۵

پذیرش نهایی: ۱۳۹۸/۱۱/۲۹

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۳/۰۲

چکیده

دیابت نوع دو از بیماریهای مزمن و شایع است که باعث به‌خطر افتادن سلامت روانی افراد می‌شود. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمانهای شناختی - رفتاری گروهی و درمان مثبت‌نگر بر افزایش سرسختی روانشناختی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد. این مطالعه به روش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل انجام شد. جامعه مورد مطالعه افراد مبتلا به دیابت نوع دو شهر تهران در سال ۹۵ - ۹۶ بودند. نمونه آماری پژوهش ۴۵ نفر (سه گروه ۱۵ نفره) از افراد مبتلا به دیابت نوع دو بود که برای انتخاب آنها از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. دو گروه مداخله به‌ترتیب در جلسات مداخله‌ای درمانهای شناختی - رفتاری گروهی و درمان مثبت‌نگر قرار گرفتند و در این مدت گروه کنترل، مداخله‌ای را دریافت نکردند. داده‌ها با پرسشنامه‌های استاندارد گردآوری، و با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل گردید. نتایج آزمون مانکوا نشان داد که درمان شناختی - رفتاری و درمان مثبت‌نگر بر بهبود کیفیت زندگی و افزایش سرسختی روانشناختی بیماران مؤثر است ($P < 0/01$). همچنین نتایج آزمون t نشان داد در برخی از مؤلفه‌ها تأثیر درمانهای شناختی رفتاری گروهی از درمان مثبت‌نگر مطلوبتر است و تأثیر بیشتری بر بهبود کیفیت زندگی و سرسختی روانشناختی در زنان مبتلا به دیابت نوع دو دارد. به‌نظر می‌رسد درمانهای شناختی - رفتاری گروهی و درمان مثبت‌نگر به‌عنوان درمان انتخابی در بهبود سطح کیفیت زندگی و افزایش سرسختی روانشناختی بیماران از اثربخشی مطلوبی برخوردار باشد؛ لذا استفاده از این مداخلات روانشناختی در محیط‌های درمانی پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی - رفتاری گروهی، درمان مثبت‌نگر، سرسختی روانشناختی، کیفیت زندگی، دیابت نوع دو

ronak.taherpour@yahoo.com

hhatami83@yahoo.com

hahadi@yahoo.com

vahid.zakeripour@yahoo.com

m.kalhornia@kia.ac.ir

۱. دانش‌آموخته دکتری روان‌شناسی بالینی دانشگاه عدالت، تهران، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشیار دانشگاه جامع امام حسین علیه‌السلام، تهران، ایران

۳. استاد دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۴. استاد پژوهشگاه علوم انتظامی و مطالعات اجتماعی ناجا، تهران، ایران

۵. استادیار، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

مقدمه

دیابت یکی از شایعترین بیماریهای مزمن، و از رایجترین بیماریهای ناشی از اختلالات متابولیسمی است (لانگو^۱، فاوسی^۲، کاسپر^۳، ۲۰۱۲) که جریان منظم زندگی را مختل می‌کند و می‌تواند پیامدهای روانی مهمی را به دنبال داشته باشد (خوش‌نیت نیکو، مادرشاهیان، حسن‌آبادی، حشمت و خالقیان، ۲۰۰۷).

شیوع دیابت در طی دو دهه گذشته به گونه چشمگیری افزایش یافته و شمار مبتلایان در سال ۲۰۱۰ به میزان ۲۸۵ میلیون نفر در جهان رسیده است. تخمین زده می‌شود که این مقدار تا سال ۲۰۳۰ به بیش از ۴۳۸۰ میلیون نفر افزایش می‌یابد (شاو^۴، سیکر^۵، زیمت، ۲۰۱۰). در ایران نیز آمارها نگران‌کننده است، حدود چهار میلیون ایرانی به دیابت مبتلا هستند و این در حالی است که نیمی از افراد مبتلا به دیابت از بیماری خود بی‌اطلاعند. سن ابتلا به دیابت نوع دو (Diabetes mellitus Type II) در دنیا ۵۵ تا ۶۵ سالگی است در حالی که در ایران ۴۵ تا ۵۰ سالگی است. آخرین مطالعات نشان می‌دهد ۷/۸ درصد از جمعیت ۲۵ تا ۶۰ ساله کشور به دیابت مبتلا هستند (یاسمین‌نژاد، گل‌محمدیان، بشلیده، مومنی، ۲۰۱۴). این اختلال یکی از چالشهای عمده بهداشت از لحاظ هزینه، میزان مرگ‌ومیر و شیوع آن در کشورهای مختلف است (گاندر^۶، ۲۰۰۲). صدها میلیون نفر در جهان به دیابت مبتلا هستند و هر سال بیشتر از سه میلیون نفر جان خود را در اثر این بیماری از دست می‌دهند (سارافینو ۲۰۰۶ به نقل از پورشریفی، ۱۳۸۴).

در تقسیم‌بندی جدید دیابت، که توسط انجمن دیابت امریکا صورت گرفت، دیابت به انواع دیابت نوع یک، نوع دو، دیگر انواع و دیابت حاملگی در سال ۱۹۹۷ تقسیم شد. این تقسیم‌بندی با وجودی که هنوز مشکلاتی دارد همچنان مورد استفاده است (ماراشین^۷، ۲۰۱۲).

دیابت نوع دو از جمله بیماریهای روان - تنی^۸ است که تنیدگی در ایجاد، شدت، عود و مزمن شدن آن تأثیر فروانی دارد. علت ابتلا به این بیماری این است که بدن انسولین کافی نمی‌سازد یا مصرف انسولین با اشکال روبه‌رو است، و یا ترکیبی از دو مورد است. در این بیماران مقدار زیاد

-
1. Longo
 2. Faoci
 3. Casper
 4. Shaw
 5. Seicer
 6. Gnder
 7. Marashyn
 8. Psychosomatic

گلوکز ممکن است به چشم‌ها، کلیه‌ها، اعصاب، قلب و رگهای خونی آسیب برساند. بیشتر افرادی که به دیابت نوع دو مبتلا می‌شوند، بیش از چهل سال سن دارند؛ ولی میزان بروز آن در افراد جوانتر و حتی کودکان در حال افزایش است (سوارز^۱، ۲۰۰۶). دیابت نوع دو تقریباً ۸۵ تا ۹۰ درصد مبتلایان را تشکیل می‌دهد (بویا، لاریجانی، پژوهانی، ۲۰۰۴).

دیابت نوع دو نیز در زمره بیماری مزمن با عوارض بسیار است که در آن توجه به احساس رفاه و ابعاد روانی زندگی بیماران از اهمیت خاصی برخوردار است (مجلسی، رحیمی، شجاعی‌زاده و عباسی، ۱۳۹۱). مشکلات بیماری مزمن مستلزم این است که بیماران و خانواده آنها از نظر رفتاری، اجتماعی و روانی با این بحران سازگاری حاصل کنند. ماهیت طولانی مدت بیماریهای مزمن، مستلزم فرایند سازگاری مناسب بیمار با پیامدهای بیماری است. افراد مختلف در برابر ابتلا به بیماری مزمن، واکنشهای متفاوتی نشان می‌دهند و برای سازگاری با این مشکل از راهبردهای مقابله گوناگونی بهره می‌گیرند (سارافینو^۲، ۲۰۰۲).

طبق نظر موس^۳ (۱۹۸۲) عوامل شخصیتی از جمله عوامل مؤثر بر چگونگی سازگاری افراد با مشکلات مزمن بیماری است که از طریق تأثیر بر «فرایندهای مقابله»، پیامدهای بحران (بیماری) را تعیین می‌کند. به نظر می‌رسد افرادی که بخوبی با بیماری خود مقابله می‌کنند، منابع رفتاری و روانشناختی دارند که برای کنار آمدن با این موقعیت طولانی مدت و تهدیدزای زندگی به آنها کمک می‌کند (دیاموند، ۱۹۸۳).

اغلب این بیماران از ویژگی سرسختی برخوردارند که به آنها اجازه می‌دهد جنبه‌های مثبت موقعیت بحرانی خود را در نظر گیرند و در جستجوی معنا و هدف در زندگی خود باشند و در برابر احساس ناامیدی و درماندگی، مقاومت کنند (پولاک^۴، کریستین و سندز، ۱۹۹۰). پولاک^۴ (۱۹۸۶) برای اولین بار مطرح کرد که سرسختی عامل انگیزشی است که در سازگاری روانشناختی و فیزیولوژیکی با بیماری مزمن نقش مهمی ایفا می‌کند. در واقع میزان سازگاری با بیماری مزمن به وجود نبود ویژگی سرسختی در بیماران بستگی دارد.

از نظر پولاک (۱۹۸۶) سرسختی، ویژگی شخصیتی مهمی در فرایندهای مقابله با بیماریهای مزمن است. وی مفهوم سرسختی را گسترش داد و بویژه در زمینه بیماریهای مزمن به کار برد. به نظر

1. Suarez
2. Sarafynv
3. Mousse
4. Pollock

می‌رسد مفهوم سرسختی مرتبط به سلامت، ارتباط بیشتری با زمینه‌های سلامت و بیماری دارد. «سرسختی مرتبط به سلامت» به اینکه تا چه حد فرد به فعالیتهای مرتبط به سلامت متعهد است؛ سلامت خود را قابل مهار شدن ادراک می‌کند؛ و عوامل تنیدگی‌زای سلامتی را فرصتی برای رشد شخصیتی در نظر می‌گیرد، اشاره دارد.

نقش و اهمیت سرسختی روانشناختی به‌عنوان یک ویژگی شخصیتی محافظت‌کننده در برابر فشارهای زندگی "تنش زندگی" در پژوهشهای متعدد نشان داده شده است (مرتضوی، ۱۳۸۵). سرسختی روانشناختی می‌تواند نقش تعدیل‌کنندگی داشته باشد و از این عوامل فشارزا بکاهد. کوباسا^۲، مد^۳، وزولا^۴، (۱۹۸۳) سرسختی را ترکیبی از باورها درباره خود و جهان تعریف کرده‌اند که از سه مؤلفه تعهد^۵، مهار^۶ و مبارزه‌جویی^۷ تشکیل شده است. باور به تغییر، دگرگونی و پویایی زندگی و این نگرش که هر رویدادی به معنای تهدیدی برای امنیت و سلامت انسان نیست، انعطاف‌پذیری شناختی و بردباری در برابر رویدادهای سخت تنشزا و موقعیت‌های مبهم به دنبال دارد (مد، وادها^۸ و هیر^۹، ۱۹۹۶).

مفهوم سرسختی نشان می‌دهد که فرد حتی با داشتن زندگی دردناکی می‌تواند سلامت روان خود را حفظ کند (وانس^{۱۰}، استراتزیک^{۱۱} و ماستن^{۱۲}، ۲۰۰۸). (مدی^{۱۳}، خوشابا^{۱۴}، پرسیکو^{۱۵}، لو^{۱۶}، هاوی^{۱۷} و بلیلکر^{۱۸}، ۲۰۰۰) نشان دادند افراد با سرسختی روانشناختی زیاد در مقایسه با افراد با سرسختی روانشناختی کم، مدیریت بهتری در حالت فشارزا دارند و از راهبردهای مقابله‌ای مثبت‌تری استفاده می‌کنند. تحقیقات نشان می‌دهد که منابع شخصی مثل سرسختی روانشناختی،

-
1. life stress
 2. Kvbas
 3. Mede
 4. Vzvla
 5. Commitment
 6. Control
 7. Challenge
 8. Vadha
 9. Maddi and Zola
 10. Vance
 11. Stratzik
 12. Mastn
 13. Maddi
 14. Khoshaba
 15. Persico
 16. Lu
 17. Harvey
 18. Bleelker

سبک دلبستگی در غلبه بر فشار روانی (هامان^۱ و سولومون^۲، ۲۰۰۶) و پیش‌بینی سلامت روان در تنش‌های واقعی زندگی (نریا، استین‌متز، لوینوسکی، زاکین و دکل، ۲۰۰۱) مؤثر است. هم‌چنین انزلیچت و همکاران (۲۰۰۶) نشان دادند که مؤلفه‌های سرسختی با به‌کارگیری راهبردهای سازگارانه‌تر مانند راهبردهای مسئله‌مدار و افزایش ادراک تواناییهای خود در رویارویی با منبع تنش، موجب افزایش سلامت روان افراد می‌شود. سرسختی روانشناختی موجب عزت‌نفس بیشتر در افراد می‌شود و در نهایت مقاومت آنان را در برابر فشارهای روانی افزایش می‌دهد و به افزایش کیفیت زندگی می‌شود (سوبرامانیان^۳، ۲۰۰۹). در سالهای اخیر مطالعات متعددی در زمینه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت انجام شده است. نتایج مطالعه صداقتی، احسانی، قنبری (۱۳۸۶) نشان می‌دهد که کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت در مقایسه با افراد غیردیابتی نامطلوب گزارش شده است. کیفیت زندگی به آن دسته از ویژگیهایی که برای فرد ارزشمند، و حاصل راحتی و احساس خوب بودن است و در راستای توسعه و حفظ منطقی عملکرد جسمانی، هیجانی و عقلانی است به گونه‌ای که فرد بتواند تواناییهایش را در فعالیتهای با ارزش زندگی حفظ کند (سپدا والری، چیونگه لی ویان، ۲۰۱۱). کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی و بازنمایی معنایی است از عقاید و تصورات فرد که به‌طور کلی باید از طریق ادراکهای بیماران مورد ارزیابی قرار گیرد (چرلی^۴ و همکاران، ۲۰۰۶).

بحث مطرح در روانشناسی سلامت، چگونگی واکنش افراد به نشانه‌های بیماری است (دیامتئو^۵، ۱۹۹۹، ترجمه کاویانی و همکاران، ۱۳۸۹).

در مدیریت دیابت هر چند مصرف داروها و تغییر سبک زندگی ارکان اصلی درمان قلمداد می‌شود، تأثیر روان درمانی بر ارتقای کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماریهای مختلف ثابت شده است. با توجه به رابطه کیفیت زندگی و سلامت روان و نیز شیوع زیاد مسائل روانشناختی در بیماران مبتلا به دیابت، اجرای مداخلات مؤثر به‌منظور بهبود وضعیت سلامت روانی و ارتقای کیفیت زندگی بیماران، ضروری به‌نظر می‌رسد. مداخله‌های روانشناختی زیادی روی افراد دیابتی انجام می‌گیرد که از میان آنها می‌توان به آموزش گروهی شناختی - رفتاری (CBGT) و درمان

1. Haman
2. Solomon
3. Subramanian
4. Cherly
5. DiMatteo

مثبت‌نگر اشاره کرد.

با توجه به تحقیقات، گروه درمانی شناختی - رفتاری و درمان مثبت‌نگر می‌تواند به‌عنوان یک درمان روانشناختی برای تغییر در سرسختی روانشناختی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به دیابت مورد نظر قرار گیرد. تجربه هیجانهای مثبتی که روانشناسی مثبت‌نگر بر آن تأکید می‌کند، اغلب توانایی بهتری برای سازگاری و سرسختی زیاد برای رویارویی با مشکلات زندگی ایجاد می‌کند (فروغی، ۱۳۹۰).

نتایج پژوهش شیرد و گالبی^۱ (۲۰۰۷) نشان داده است که سرسختی روانشناختی، عامل فشارزا بودن حوادث و هم‌چنین برانگیختگی روانی - جسمی حاصل از این حوادث را کاهش می‌دهد و تأثیر مثبتی بر سلامتی افراد دارد. ون^۲ و همکاران (۲۰۰۵) نیز در پژوهشی، آموزش گروهی شناختی - رفتاری را روی بیماران دیابتی نوع یک اجرا کردند که آشفتگی روانشناختی زیاد و نشانه‌های افسردگی داشتند. نتایج پژوهش آنها نشان داد که مداخله‌های شناختی - رفتاری در کاهش هیجانهای منفی، افزایش خود کارآمدی مرتبط با دیابت و رفتارهای مراقبت از خود و کنترل قند خون مؤثر است. در راستای پژوهشها و با توجه به اهمیت موضوع، محقق درصدد پاسخ به این سؤال است که آیا درمان شناختی - رفتاری گروهی و درمان مثبت‌نگر بر سرسختی روانشناختی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به دیابت نوع دو مؤثر است و اینکه کدام درمان در افزایش سرسختی و کیفیت زندگی این بیماران موثرتر بوده است.

روش

پژوهش از نظر هدف در زمره تحقیقات کاربردی و از نظر روش در زمره تحقیقات آزمایشی دسته‌بندی می‌شود. جامعه مورد مطالعه افراد مبتلا به دیابت نوع دو شهر تهران در سال ۹۶ - ۹۵ بودند. نمونه آماری پژوهش ۴۵ نفر از افراد مبتلا به دیابت نوع دو هستند. با توجه به محدود بودن نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد؛ به این ترتیب که از بیمارستانهای شهر تهران، پنج بیمارستان انتخاب، و در هر بیمارستان، اطلاع‌رسانی مبنی بر برگزاری دوره‌های آموزشی (به‌صورت نصب ۵۰ پوستر در تابلو اعلانات و اطلاع‌رسانی به افراد مراجعه‌کننده به بیمارستان) انجام شد. فهرست افراد اطلاع‌دهنده برای شرکت در دوره‌ها ثبت شد و در نهایت ۴۵ نفر از افراد

1. Sheard, Golby
2. Van

فهرست انتخاب شدند. ابزار پژوهش، پرسشنامه و دستورالعمل‌های درمانی است. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها، آزمودنیها با ابزارهای زیر مورد ارزیابی قرار خواهند گرفت:

پرسشنامه جمعیت شناختی شامل سن، تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، سابقه ابتلا به دیگر بیماریها، مدت زمان ابتلا به دیابت و...

پرسشنامه سرسختی روانشناختی: این پرسشنامه را کیامرثی (۱۳۷۷) تهیه و اعتباریابی کرده است. پرسشنامه سرسختی اهواز یک مقیاس خودگزارشی مداد کاغذی ۲۷ ماده‌ای است. نمره‌گذاری این پرسشنامه به این صورت است که آزمودنیها به یکی از چهار گزینه هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، بیشتر اوقات پاسخ می‌دهند و براساس مقادیر ۰، ۱، ۲، ۳ نمره‌گذاری انجام می‌شود بجز برای ماده‌های ۶، ۷، ۱۰، ۱۳، ۱۷ و ۲۱ که بار منفی دارد و برای هر یک از چهار گزینه بالعکس نمره‌گذاری می‌شود که طبق جدول ذیل انجام می‌شود. حد پایین نمره‌های پرسشنامه ۰ و حد بالای آن ۸ است.

دامنه نمره در این پرسشنامه، نشاندهنده سرسختی روانشناختی زیاد در فرد است. در پژوهش کیامرثی (۱۳۷۶) ضرایب کرونباخ کل آزمودنی‌ها برابر با ۰/۷۶، برای آزمودنیهای دختر برابر با ۰/۷۴ و برای آزمودنیهای پسر برابر با ۰/۷۶ به‌دست آمد. برای بررسی روایی همزمان، این پرسشنامه همزمان با چهار پرسشنامه ملاک، مقیاس خودشکوفایی مزلو، مقیاس اعتبار سازه‌ای سرسختی، مقیاس افسردگی اهواز و پرسشنامه اضطراب به گروه‌هایی از دانشجویان داده شد. ضرایب همبستگی بین نمره‌های کل آزمودنیها در پرسشنامه سرسختی و اضطراب برای کل نمونه، آزمودنیهای دختر و پسر به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۷۰ و ۰/۴۴- به‌دست آمد. این ضرایب گویای همبستگی منفی معنادار بین سرسختی و اضطراب است. ضرایب همبستگی منفی معنادار بین سرسختی و اضطراب است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های کل آزمودنیها در مقیاس سرسختی و افسردگی برای کل نمونه، آزمودنیهای دختر و پسر به ترتیب ۰/۶۲، ۰/۷۱- و ۰/۵۷- بود. ضرایب‌های همبستگی بین نمره‌های کل آزمودنیها، آزمودنیهای دختر و پسر در مقیاس خودشکوفایی با پرسشنامه سرسختی روانشناختی اهواز به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۶۵ و ۰/۴۵ بود. نتایج آزمونهای همبستگی پیرسون بین نمره‌های آزمودنیها در مقیاس اعتبار سازه‌ای سرسختی و پرسشنامه سرسختی روانشناختی اهواز نشان داد که ضرایب همبستگی از نظر آماری معنادار است و این ضریبها به ترتیب برای کل آزمودنیها، آزمودنیهای دختر و پسر ۰/۵۱، ۰/۶۱ و ۰/۴۶ بود (به نقل از رحیمیان بوگر و اصغرنژاد فرید، ۱۳۸۷).

پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی (SE 36): این پرسشنامه ۳۶ سؤال دارد و از ۸ زیرمقیاس تشکیل شده است و هر زیرمقیاس از ۲ تا ۱۰ ماده تشکیل شده است. هشت زیرمقیاس این پرسشنامه عبارت است از: عملکرد جسمی (PF)، اختلال نقش به دلیل سلامت جسمی (RP)، اختلال نقشی در خاطر سلامت هیجانی (RE)، انرژی اختگی (EF)، بهزیستی هیجانی (EW)، کارکرد اجتماعی (SF)، درد (P) و سلامت عمومی (GH)؛ هم‌چنین از ادغام زیرمقیاسها دو زیرمقیاس کلی به نامهای سلامت جسمی و سلامت روانی به دست می‌آید. در این پرسشنامه نمره کمتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی ضعیفتر است و برعکس.

آزمون پایایی پرسشنامه با استفاده از تحلیل آماری (همخوانی داخلی) و آزمون روایی با استفاده از روش «مقیاس گروه‌های شناخته شده» و «روایی همگرایی» مورد ارزیابی قرار گرفت. تحلیل همخوانی داخلی نشان داد که مقیاسهای گونه فارسی sf-36 حداقل ضرایب استاندارد پایایی را در محدوده ۷۷/۵ تا ۹/۵ دارد. آزمون آماری «مقایسه گروه‌های شناخته شده» نشان داد که گونه فارسی sf-36 قادر به افتراق زیرگروه‌های جمعیتی به تفکیک جنس و سن است به این شکل که افراد مسن‌تر و زنان در تمامی مقیاسها امتیازهای کمتری را به دست آوردند. آزمون «روایی همگرایی» به منظور بررسی فرضیات اندازه‌گیری با استفاده از همبستگی هر سؤال با مقیاس فرضیه‌سازی شده نیز نتایج مطلوبی را به دست داده تمامی ضرایب همبستگی بیش از مقدار توصیه شده ۹/۵ به دست آمد. در مجموع نتایج نشان داد که گونه فارسی ابزار استاندارد (sf-36) به منظور اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی از پایایی و روایی لازم برخوردار است. (مؤلفان علی منتظری، آزیتا گشتاسبی، مریم سادات رضوانی‌نیا، ۱۳۸۴).

یافته‌ها

در جدول زیر میانگین و انحراف معیار متغیرهای سرسختی روانشناختی و کیفیت زندگی گروه‌ها در پس‌آزمون با توجه به درمانهای شناختی - رفتاری گروهی و مثبت‌نگر نشان داده شده است که مشاهده می‌شود شاخصهای آماری نمره‌ها در پس‌آزمون زیرمقیاسهای کیفیت زندگی و نمره کل سرسختی روانشناختی ارائه شده است. همان‌طور که از محتوای این جدول مشاهده می‌شود، میانگین تأثیر درمان شناختی - رفتاری در مرحله پس‌آزمون از میانگین تأثیر نمره‌های گروه درمان مثبت‌نگر بیشتر است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای سرسختی روانشناختی و کیفیت زندگی گروهها در پس آزمون با توجه به درمانهای شناختی - رفتاری گروهی و مثبت نگر

گروهها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای استاندارد
سرسختی روانشناختی	۱۵	۸۰.۳۵	۵۶۰.۶	۶۹۴.۱
	۱۵	۵۳.۲۴	۷۶۸.۵	۴۸۹.۱
عملکرد جسمی	۱۵	۶۷.۱۶	۱۷۷.۳	۸۲۰.
	۱۵	۵۳.۱۱	۴۱۶.۲	۶۲۴.
اختلال نقش به دلیل سلامت جسمی	۱۵	۰۰.۱۲	۰۲۴.۳	۷۸۱.
	۱۵	۴۰.۸	۵۵۸.۲	۶۶۰.
اختلال نقش به دلیل سلامت هیجانی	۱۵	۱۳.۱۳	۹۹۵.۱	۵۱۵.
	۱۵	۸۰.۱۲	۷۰۴.۲	۶۹۸.
انرژی اختگی	۱۵	۱۳.۹	۱۰۳.۴	۰۵۹.۱
	۱۵	۵۳.۹	۲۷۰.۳	۸۴۴.
بهبودی هیجانی	۱۵	۷۳.۱۸	۳۳۵.۱	۳۴۵.
	۱۵	۹۳.۱۸	۱۳۳.۵	۳۲۵.۱
کارکرد اجتماعی	۱۵	۶۷.۱۸	۲۸۷.۴	۱۰۷.۱
	۱۵	۵۳.۱۷	۱۰۰.۲	۵۴۲.
درد	۱۵	۶۷.۷	۷۹۹.۱	۴۶۵.
	۱۵	۹۳.۵	۷۱۰.۱	۴۴۱.
سلامت عمومی	۱۵	۶۷.۱۹	۹۴۴.۲	۷۶۰.
	۱۵	۷۳.۳	۱۰۰.۱	۲۸۴.

جدول ۲ آزمون شاپیرو ویلک و کلموگروف اسمیرنوف عادی بودن دادهها در پیش آزمون و پس آزمون سرسختی و کیفیت زندگی را نشان می دهد:

جدول ۲. وضعیت عادی دادهها در پیش آزمون و پس آزمون سرسختی روانشناختی

شاپیرو ویلک			
سطح معنی داری	درجه آزادی	آماره Z	
.۵۷۹	۳۰	.۹۸۱	پیش آزمون سرسختی روانشناختی
.۶۷۶	۳۰	.۹۸۵	پس آزمون سرسختی روانشناختی
.۰۸۵	۳۰	.۹۶۴	پیش آزمون عملکرد جسمی

۰.۱۶۶	۳۰	۰.۹۶۸	پس آزمون عملکرد جسمی
۰.۲۱۳	۳۰	۰.۹۷۴	پیش آزمون اختلال نقش به دلیل سلامت جسمی
۰.۷۶۵	۳۰	۰.۹۸۰	پس آزمون اختلال نقش به دلیل سلامت جسمی
۰.۶۳۳	۳۰	۰.۹۸۲	پیش آزمون اختلال نقش به دلیل سلامت هیجانی
۰.۷۰۸	۳۰	۰.۹۸۴	پس آزمون اختلال نقش به دلیل سلامت هیجانی
۰.۲۲۷	۳۰	۰.۹۶۵	پیش آزمون انرژی اختگی
۰.۰۵۵	۳۰	۰.۹۶۴	پس آزمون انرژی اختگی
۰.۰۶۵	۳۰	۰.۹۶۰	پیش آزمون بهزیستی روانشناختی
۰.۰۹۵	۳۰	۰.۹۶۱	پس آزمون بهزیستی روانشناختی
۰.۲۹۴	۳۰	۰.۹۷۲	پیش آزمون کارکرد هیجانی
۰.۰۷۵۰	۳۰	۰.۹۶۶	پس آزمون کارکرد هیجانی
۰.۰۷۸	۳۰	۰.۹۶۸	پیش آزمون درد
۰.۸۷۵	۳۰	۰.۹۸۵	پس آزمون درد
۰.۲۲۴	۳۰	۰.۹۶۳	پیش آزمون سلامت عمومی
۰.۳۴۰	۳۰	۰.۹۷۳	پس آزمون سلامت عمومی

با توجه به جدول از آنجا که سطح معنی داری از ۰/۰۵ بیشتر است، این داده‌ها از وضعیت عادی برخوردار است.

به منظور اثربخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی بر سرسختی روانشناختی در زنان مبتلا به دیابت نوع دو ذیل گزارش از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شده است که خلاصه‌ای از نتایج تحلیل کوواریانس نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون بین این دو گروه در جدول گزارش شده است:

جدول ۳. تحلیل کوواریانس مربوط به تأثیر درمان شناختی - رفتاری گروهی بر سرسختی روانشناختی در زنان مبتلا به دیابت نوع دو در مرحله پس آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
اثر پیش آزمون	۴۳۲.۸۱۸	۱	۴۳۲.۸۱۸	۲۹,۲۳۶	۰.۰۰۰
گروه	۳۳۵.۶۷۵	۱	۳۳۵.۶۷۵	۲۲,۶۷۴	۰.۰۰۰
خطا	۳۹۹.۷۱۵	۲۷	۱۴.۸۰۴		
کل	۳۷۲۹۵.۰۰۰	۳۰			

همان‌طور که مشاهده می‌شود اثر پیش‌آزمون معنی‌دار است و با حذف اثر پیش‌آزمون مشاهده می‌شود بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود دارد و با توجه به در نظر گرفتن میانگین نمره‌ها می‌توان گفت درمان شناختی رفتاری گروهی بر سرسختی روانشناختی در زنان مبتلا به دیابت نوع دو تأثیر معنی‌داری داشته است.

به‌منظور مقایسه میانگین نمره‌های پس‌آزمون زیرمقیاسهای کیفیت زندگی بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون در دو گروه از آزمون تجزیه و تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد که خلاصه‌ای از نتایج آن در جدول ذیل ارائه شده است:

جدول ۴. نتایج تجزیه و تحلیل کواریانس به‌منظور مقایسه نمره‌های پس‌آزمون کیفیت زندگی در دو گروه

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
پس‌آزمون عملکرد جسمی	۴۹.۴۰۰	۱	۴۹.۴۰۰	۱۰.۳۵۰	.۰۰۴
پس‌آزمون اختلال نقش به‌دلیل سلامت جسمی	۷.۰۲۵	۱	.۰۰۰	.۰۰۰	.۲۲۰
پس‌آزمون اختلال نقش به‌دلیل سلامت هیجانی	۸.۰۷۸	۱	۸.۰۷۸	۱.۰۳۸	.۳۲۰
پس‌آزمون انرژی اختگی	۳.۶۶۴	۱	۳.۶۶۴	.۶۱۷	.۴۴۲
پس‌آزمون بهزیستی روانشناختی	۱۵۸.۱۶۰	۱	۱۵۸.۱۶۰	۱۱۸.۱۰۷	.۰۰۰
پس‌آزمون کارکرد هیجانی	۱۱۲.۶۲۸	۱	۱۱۲.۶۲۸	۱۲.۳۲۴	.۰۰۲
پس‌آزمون درد	۹۱.۹۵۱	۱	۹۱.۹۵۱	۳۰.۹۱۷	.۰۰۰
سلامت عمومی	۳۲۱.۶۲۹	۱	۳۲۱.۶۲۹	۷۷.۵۳۱	.۰۰۰

همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود، نمره‌های پس‌آزمون مؤلفه عملکرد جسمی پس از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F(1, 20) = 10/350, P = 0/004$). معنی‌داری بهزیستی روانشناختی نیز مشهود است ($F(1, 20) = 118/107, P = 0/000$). مؤلفه کارکرد هیجانی نیز مشهود است ($F(1, 20) = 12/324, P = 0/028$). معنی‌داری مؤلفه درد نیز مشهود است ($F(1, 20) = 30/917, P = 0/000$). معناداری مؤلفه سلامت عمومی نیز مشهود است ($F(1, 20) = 77/531, P = 0/000$). بنابراین می‌توان گفت درمان شناختی رفتاری گروهی بر

کیفیت زندگی در مؤلفه‌های "عمکرد جسمی، بهزیستی روانشناختی، کارکرد هیجانی و درد و سلامت عمومی" در زنان مبتلا به دیابت نوع دو تأثیر گذار است.

به منظور اثربخشی درمان مثبت‌نگر بر سرسختی روانشناختی در زنان مبتلا به دیابت نوع دو، از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شده است که خلاصه‌ای از نتایج تحلیل کوواریانس نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون بین این دو گروه در جدول ذیل گزارش شده است:

جدول ۵. تحلیل کوواریانس مربوط به تأثیر درمان مثبت‌نگر بر سرسختی روانشناختی در زنان مبتلا به دیابت نوع دو در مرحله پس‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
اثر پیش‌آزمون	۵۲۹.۰۰۳	۱	۵۲۹.۰۰۳	۶۸.۷۸۰	.۰۰۰
گروه	۳۵۸.۲۲۲	۱	۳۵۸.۲۲۲	۴۶.۵۷۵	.۰۰۰
خطا	۲۰۷.۶۶۴	۲۷	۷.۶۹۱		
کل	۱۶۴۲۲.۰۰۰	۳۰			

همان‌طور که مشاهده می‌شود اثر پیش‌آزمون معنی‌دار است و با حذف اثر پیش‌آزمون مشاهده می‌شود بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود دارد و با توجه به در نظر گرفتن میانگین نمره‌ها می‌توان گفت درمان مثبت‌نگر بر سرسختی روانشناختی در زنان مبتلا به دیابت نوع دو تأثیر معنی‌داری داشته است.

به منظور مقایسه میانگین نمره‌های پس‌آزمون زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون در دو گروه از آزمون با توجه به درمان مثبت‌نگر تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد که خلاصه‌ای از نتایج آن در جدول ذیل ارائه شده است:

جدول ۶. نتایج تجزیه و تحلیل کواریانس به منظور مقایسه نمره‌های پس‌آزمون کیفیت زندگی در دو گروه

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
پس‌آزمون عملکرد جسمی	۳۷.۵۳۵	۱	۳۷.۵۳۵	۱۶.۶۵۸	.۰۰۱
پس‌آزمون اختلال نقش به‌دلیل سلامت جسمی	۱.۷۶۷	۱	۱.۷۶۷	.۳۳۲	.۵۷۱
پس‌آزمون اختلال نقش به‌دلیل سلامت هیجانی	۲.۳۹۲	۱	۲.۳۹۲	.۴۱۰	.۵۲۹
پس‌آزمون انرژی اختگی	۲.۵۱۸	۱	۲.۵۱۸	۱.۳۳۹	.۲۶۱
پس‌آزمون بهزیستی روانشناختی	۲.۴۹۴	۱	۲.۴۹۴	.۱۹۸	.۶۶۱
پس‌آزمون کارکرد هیجانی	۵۸.۴۰۵	۱	۵۸.۴۰۵	۱۸.۰۵۲	.۰۰۰
پس‌آزمون درد	۲۱.۵۲۹	۱	۲۱.۵۲۹	۶.۳۹۸	.۰۲۰
سلامت عمومی	۷۸.۹۰۷	۱	۷۸.۹۰۷	۲۱.۷۱۰	.۰۰۰

گروه

همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود نمره‌های پس‌آزمون مؤلفه عملکرد جسمی پس از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F(1, 20) = 16/658, P = 0/001$) و معنی‌داری مؤلفه کارکرد هیجانی نیز مشهود است ($F(1, 20) = 18/052, P = 0/000$). معنی‌داری مؤلفه درد هم مشهود است ($F(1, 20) = 6/398, P = 0/020$). معناداری مؤلفه سلامت عمومی نیز مشهود است ($F(1, 20) = 21/710, P = 0/000$)؛ بنابراین می‌توان گفت درمان مثبت‌نگر بر کیفیت زندگی در مؤلفه‌های "عملکرد جسمی، کارکرد هیجانی و درد و سلامت عمومی" در زنان مبتلا به دیابت نوع دو تأثیرگذار است.

به‌منظور مقایسه تأثیر درمان مثبت‌نگر و درمان گروهی شناختی - رفتاری بر کیفیت زندگی سرسختی روانشناختی از آزمون t استفاده شد که نتایج در جدول ذیل مشاهده می‌شود:

اثر بخشی درمان‌های شناختی - رفتاری گروهی و درمان مثبت‌نگر بر سرسختی....

جدول ۷. آزمون t گروه‌های مستقل به منظور بررسی تفاوت بین درمان مثبت‌نگر و درمان گروهی شناختی - رفتاری بر کیفیت زندگی، نگرشهای ناکارآمد و سرسختی روانشناختی در زنان مبتلا به دیابت نوع دو

آزمون T						آزمون لون			
سطح اطمینان ۹۵٪		خطای استاندارد	اختلاف میانگین	سطح معنی‌داری	درجه آزادی	t	سطح معنی‌داری	F	
کران بالا	کران پایین								
۱۵.۸۸۶	۶.۶۴۷	۲.۲۵۵	۱۱.۲۶۷	.۰۰۰	۲۸	۴.۹۹۶	.۶۲۹	.۲۳۸	سرسختی
۱۵.۸۹۰	۶.۶۴۳	۲.۲۵۵	۱۱.۲۶۷	.۰۰۰	۲۷.۵۴۹	۴.۹۹۶			روانشناختی
۷.۲۴۵	۳.۰۲۲	۱.۰۳۱	۵.۱۳۳	.۰۰۰	۲۸	۴.۹۸۱	.۰۶۹	۳.۵۷۳	عملکرد جسمی
۷.۲۵۱	۳.۰۱۵	۱.۰۳۱	۵.۱۳۳	.۰۰۰	۲۶.۱۳۴	۴.۹۸۱			اختلال نقش
۵.۶۹۵	۱.۵۰۵	۱.۰۲۳	۳.۶۰۰	.۰۰۱	۲۸	۳.۵۲۰	.۶۷۴	.۱۸۱	به دلیل سلامت جسمی
۵.۶۹۷	۱.۵۰۳	۱.۰۲۳	۳.۶۰۰	.۰۰۲	۲۷.۲۵۱	۳.۵۲۰			اختلال نقش
۲.۱۱۱	-۱.۴۴۴	.۸۶۸	.۳۳۳	.۷۰۴	۲۸	.۳۸۴	.۲۰۶	۱.۶۷۴	به دلیل سلامت هیجانی
۲.۱۱۸	-۱.۴۵۱	.۸۶۸	.۳۳۳	.۷۰۴	۲۵.۷۵۷	.۳۸۴			انرژی اختگی
۲.۳۷۵	-۳.۱۷۵	۱.۳۵۵	-.۴۰۰	.۷۷۰	۲۸	-.۲۹۵	.۶۴۴	.۲۱۸	بهبودی
۲.۳۸۱	-۳.۱۸۱	۱.۳۵۵	-.۴۰۰	.۷۷۰	۲۶.۶۷۲	-.۲۹۵			هیجانی
۲.۶۰۵	-۳.۰۰۵	۱.۳۷۰	-.۲۰۰	.۸۸۵	۲۸	-.۱۴۶	.۱۵۴	۲.۱۵۱	کارکرد اجتماعی
۲.۷۰۵	-۳.۱۰۵	۱.۳۷۰	-.۲۰۰	.۸۸۶	۱۵.۸۸۴	-.۱۴۶			درد
۳.۶۵۸	-۱.۳۹۲	۱.۲۳۳	۱.۱۳۳	.۳۶۶	۲۸	.۹۱۹	.۳۹۴	.۷۴۸	سلامت عمومی
۳.۷۰۲	-۱.۴۳۵	۱.۲۳۳	۱.۱۳۳	.۳۶۹	۲۰.۳۵۲	.۹۱۹			
۳.۰۴۶	.۴۲۰	.۶۴۱	۱.۷۳۳	.۰۱۲	۲۸	۲.۷۰۴	.۹۴۱	.۰۰۶	
۳.۰۴۶	.۴۲۰	.۶۴۱	۱.۷۳۳	.۰۱۲	۲۷.۹۲۷	۲.۷۰۴			
۱۷.۵۹۵	۱۴.۲۷۱	.۸۱۱	۱۵.۹۳۳	.۰۰۰	۲۸	۱۹.۶۳۶	.۰۷۰	۳.۵۵۵	
۱۷.۶۳۹	۱۴.۲۲۷	.۸۱۱	۱۵.۹۳۳	.۰۰۰	۱۷.۸۳۳	۱۹.۶۳۶			

باتوجه به جدول مقدار آماره t محاسبه شده با درجه آزادی ۴۸ از مقدار جدول بزرگتر است؛ بنابراین بین میانگین درمان مثبت‌نگر و درمان گروهی شناختی - رفتاری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. میزان تفاوت بین میانگین درمان مثبت‌نگر و درمان گروهی شناختی - رفتاری در بخش یافته‌های توصیفی مشخص شده است. با توجه به میانگین درمان گروهی شناختی - رفتاری در مرحله پس‌آزمون می‌توان گفت درمان گروهی شناختی - رفتاری بر کیفیت زندگی و سرسختی روانشناختی در زنان مبتلا به دیابت نوع دو تأثیر بیشتری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد درمان شناختی - رفتاری گروهی بر سرسختی روانشناختی در زنان مبتلا به دیابت نوع دو تأثیر معنی‌داری داشته است.

در واقع مطالعاتی یافت نشد که به‌طور مستقیم با این نتایج همسو باشد؛ اما می‌توان گفت افزایش شیوع دیابت و نیز سبب‌شناسی پیچیده و ساختارهای سازش با آن، مستلزم تغییر در مفاهیم مرتبط با مدیریت دیابت و برنامه‌های درمانی است. این تغییر باید از متغیرهای جسمی به عوامل روانی - اجتماعی صورت گیرد که ممکن است بر مدیریت بیماری و پیامدهای آن تأثیرگذار باشد (کارمودی و همکاران^۱، ۲۰۰۸).

سرسختی روانشناختی از جمله عواملی است که موجب کنار آمدن افراد با دردهایشان می‌شود. سرسختی روانشناختی ترکیبی از باورها درباره خویشتن و جهان است که از سه مؤلفه تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی تشکیل شده است و به افراد کمک می‌کند تا آشفتگی روانشناختی کمتر و زندگی با کیفیت خوب را تجربه کنند (ماستن^۲، ۲۰۰۷). نبود آن موجب می‌شود که افراد نگرش منفی نسبت به بیماری خود داشته باشند و آن را بسیار جدی و غیرقابل کنترل بدانند و در مقابل آن منفعلانه عمل کنند و عملکرد اجتماعی بسیار ضعیفی از خود نشان دهند (بفروئی و همکاران، ۱۳۹۴).

از طرفی آموزشهای شناختی - رفتاری یکی از درمانهای مطرح بیماریهای مزمن است. این درمان با ایجاد عوامل و حالات روانی مثبت می‌تواند نقش مقابله‌ای، مصونسازی و پیشگیری‌کننده در برابر بروز بیماریهای مختلف و عوارض ناشی از آنها داشته باشد (صمدزاده، پورشریفی و باباپور خیرالدین، ۱۳۹۳).

چنین رویکردی ممکن است به‌طور ویژه برای بیمارانی سودمند باشد که در تلاششان برای کنترل دیابت، مکرر شکست خورده‌اند و براین اساس دارای این باور هستند که نمی‌توانند یا توانایی کمی دارند که با مقتضیات رژیم درمانی به‌طور بسنده مقابله کنند؛ به عبارت دیگر آنهایی که دربارهٔ اثربخشی کنترل خودشان بر دیابت، باورهایی بشدت منفی دارند، انتخاب مناسبی برای مداخله شناختی - رفتاری گروهی هستند (ون در ون، وینگر و اسنوئک^۳، ۲۰۰۲).

بنابراین با توجه به این توضیحات می‌توان گفت درمان شناختی - رفتاری گروهی به تقویت سرسختی روانشناختی در فرد بیمار منجر می‌شود و لذا به نظر می‌رسد درمان شناختی - رفتاری گروهی بر سرسختی روانشناختی در زنان مبتلا به دیابت نوع دو تأثیر معنی‌داری داشته باشد. رویکرد شناختی - رفتاری از جمله اثربخشتترین رویکردها است که در کاهش نشانه‌های بیماری از طریق کاهش اضطراب و افسردگی، بهبود روابط با اطرافیان، افزایش عزت نفس و به‌طور کلی کیفیت زندگی نقش مهمی داشته است؛ لذا به نظر می‌رسد درمان شناختی - رفتاری گروهی بر کیفیت زندگی در مؤلفه‌های "عملکرد جسمی، بهزیستی روانشناختی، کارکرد هیجانی و درد و سلامت عمومی" در زنان مبتلا به دیابت نوع دو تأثیر گذار باشد. نتایج نشان داد درمان مثبت‌نگر بر سرسختی روانشناختی در زنان مبتلا به دیابت نوع دو تأثیر معنی‌داری داشته است.

این نتایج با مطالعات قرشی و دوکانه‌ای فرد (۱۳۹۴) و پژوهش غلامی و همکاران (۱۳۹۲) همسو بود.

در مجموع می‌توان گفت رویکرد درمان شناختی - رفتاری نسبت به درمانهای روانشناختی دیگر به‌صورت عمیقی می‌تواند با اصلاح شیوه نگرش و اعتقادات در فرد احساس بهتری نسبت به خود و جهان پیرامون به‌وجود آورد؛ چرا که به تغییر و اصلاح باورها و الگوهای تفکر می‌پردازد؛ لذا می‌توان گفت بین درمان مثبت‌نگر و درمان گروهی شناختی - رفتاری تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

از محدودیتهای پژوهش این است که محتوای برنامه پیشنهادشده در این مطالعه نسبتاً سنگین بوده است و فرصتی بیشتر از سه ماه را می‌طلبد. در صورتی که فرصت بیشتری برای آموزش هر روش باشد، احتمالاً نتایج بهتری کسب خواهد شد. هم‌چنین به‌منظور بررسی پایداری یافته‌ها به پیگیری نتایج مطالعه در درازمدت نیاز است.

در پایان پیشنهاد می‌شود متخصصان بالینی در به‌کار بستن مداخلات برای افراد دیابتی که مشکلات روانشناختی دارند به بسته‌های آموزشی خاص مسلح شوند و با بهره‌گیری از مداخله‌های روانشناختی مؤثر، فرایند سرسختی روانشناختی و تاب‌آوری را برای تحمل این بیماری مزمن و نیز پایبندی به توصیه‌های درمانی بهبود بخشند و از این طریق به پیشگیری از عوارض دیابت کمک کنند و گامی مؤثر در جهت افزایش سطح بهداشت روانی و جسمی این بیماران بردارند. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود برای معالجه و بهبود بیماران دیابتی در مراکز درمانی و مشاوره،

کارگاه‌هایی تشکیل دهند که مهارت‌های مثبت‌نگری را به این بیماران آموزش دهند تا این بیماران بتوانند نقاط مثبت خود را بهتر ببینند و از رشد نگرش‌های منفی و ناکارآمد در ذهن خود جلوگیری کنند و کیفیت زندگی خود را ارتقا دهند.

منابع

- اصغر نژاد فرید، علی اصغر؛ رحیمیان بوگر، اسحاق (۱۳۸۷)، رابطه سرسختی روان شناختی و خود تاب آوری با سلامت روان در نوجوانان و بزرگ سالان باز مانده زلزله شهرستان بم. *مجله روان پزشکی و روان‌شناسی ایران*، سال چهاردهم، شماره ۱: ۷۰ - ۶۲.
- پورشریفی حمید، زمانی رضا، مهریار امیرهوشنگ، بشارت محمدعلی، رجب اسدالله (۱۳۸۷)، تاثیر مصاحبه انگیزشی بر بهبود شاخص‌های سلامت جسمی (کاهش وزن و کنترل قندخون) در افراد مبتلا به دیابت نوع دو. *روانشناسی معاصر*، شماره ۶.
- صمدزاده، نسیم؛ پورشریفی، حمید؛ باباپور خیرالدین، جلیل (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری و نشانه‌های افسردگی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*. ۵ (۱۷): ۹۶ - ۷۷.
- مجلسی فرشته، رحیمی فروشانی عباس، شجاعی‌زاده داود، عباسی بروجنی پروین (۱۳۹۱)، بررسی سازگاری شناختی صفتی و حالتی و عوامل موثر بر آن در بیماران دیابتی نوع ۲. *مجله دیابت و متابولیسم ایران*. ۱۱ (۶): ۵۲۸ - ۵۳۷.
- خوش نیت نیکو، سید محسن؛ مادرشاهیان، فرح؛ حسن آبادی، محسن؛ حشمت، رامین؛ خالقیان، نسیم (۱۳۸۶)، مقایسه وضعیت شناختی سالمندان مبتلا به دیابت نوع ۲ با افراد غیر مبتلا. *مجله دیابت و متابولیسم ایران*. ۷ (۱): ۷۱ - ۷۶.
- یاسمی نژاد، پریسا؛ گل محمدیان، محسن؛ بشلیده، کیومرث؛ مومنی، خدامراد (۲۰۱۴)، رابطه تیپ‌های شخصیتی A و B با درگیری شغلی در اعضای هیات علمی، *مشاوره شغلی و سازمانی*، (۱۷): ۱۲۲ - ۱۳۷.
- Carmody, J.; Bear, R. A. (2007), "Relationship between mindfulness practice and level of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness stress reduction program", *Behav Med*.31, 23- 33.
- Diamond, L. Rynn, M. & Sigueland, G.S. (2005) Cognitive behavioral and attachment based family therapy for anxious adolescents, *Journal of Anxiety disorders*.vol19:PP. 361-381.
- Gonder-Frederick, L., Cox, D. J., & Clarke, W. L. (2002). Diabetes. In A. J. Christensen and M.H
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Zola, M. A. (1983). Type a and hardiness. *Journal of Behavioral Medicine*, 6, 41-51.
- Maddi, R. S., Wadha, P., & Haier, J. R. (1996). Relationship of hardiness to alcohol and drug use in adolescents. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22, 247-257.

- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Tartasky, D. S. (1993). Hardiness: Conceptual and methodological issues. *Image*, 25, 225-229.
- Van der Ven, N., Weinger, K., Snoek, F. (2002). Cognitive Behaviour Therapy: How to Improve Diabetes Self-Management. *Diabetes Voice*. Volume 47, Issue 3.