



10.82322/jwsf.2025.306-1858



«زن و مطالعات خانواده»

سال هجدهم، شماره شصت و هفتم، بهار ۱۴۰۴

ص ص: ۲۹-۴۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۳/۱۶

اثربخشی زندگی درمانی بر اشتیاق به زندگی، امید به زندگی و پیروی کلی و اختصاصی زنان مبتلا به دیابت نوع دو فاطمه طالبی^۱، رمضان حسن‌زاده^۲

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی زندگی درمانی بر اشتیاق به زندگی، امید به زندگی و پیروی کلی و اختصاصی زنان مبتلا به دیابت نوع دو بود. این پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به کلینیک تخصصی دیابت شهرستان ساری در سال ۱۴۰۱ با تعداد ۴۲ نفر بود. برای انتخاب نمونه ۳۰ نفر از این افراد که تشخیص دیابت نوع دو را دریافت کرده بودند و معیارهای ورود به مطالعه را داشتند با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره کنترل و آزمایش قرار گرفتند سپس در هر دو گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری پرسشنامه‌های اشتیاق به زندگی، امید به زندگی و پیروی کلی و اختصاصی در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت. مداخله زندگی درمانی برای گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه (گروهی و هفتگی) ۹۰ دقیقه‌ای انجام پذیرفت. برای گروه کنترل مداخله آموزشی صورت نگرفت. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته به وسیله نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان دادند زندگی درمانی در زنان مبتلا به دیابت نوع دو به ترتیب برای متغیرهای اشتیاق به زندگی ($F=0/338, p=0/001, \eta=0/351$)، امید به زندگی ($F=14/318, p=0/001, \eta=0/351$)، پیروی کلی ($F=15/147, p=0/004, \eta=0/257$) و پیروی اختصاصی ($F=6/663, p=0/015, \eta=0/192$) اثر بخش بود و این نتیجه تا زمان پیگیری نیز تداوم داشت که می‌توان از این درمان در کنار سایر روش‌های درمانی پزشکی در درمانگاه‌های مختص دیابت در جهت کاهش نیازها و مشکلات روانشناختی زنان مبتلا به این بیماری بهره برد.

کلید واژه: زندگی درمانی، اشتیاق به زندگی، امید به زندگی، پیروی کلی و اختصاصی، دیابت نوع دو.

^۱ دانش آموخته کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

^۲ استاد، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران (نویسنده مسئول).
rhassanzadehd@yahoo.com

مقدمه

دیابت نوع دو یک اختلال در نحوه کنترل و تنظیم سطح قند خون توسط بدن است و معمولاً به دلیل استعداد ژنتیکی و عوامل رفتاری و محیطی ایجاد می‌شود که امروزه یک نگرانی عمده برای سلامت عمومی به‌شمار می‌رود (سینکلر و عبدالحافظ، ۲۰۲۳). طبق گزارش انجمن بین‌المللی دیابت (۲۰۱۵) حدود ۴۱۵ میلیون نفر مبتلا به دیابت بوده‌اند که پیش‌بینی می‌شود این رقم در سال ۲۰۴۰ به ۶۴۲ نفر افزایش یابد (شجری، آقاییوسفی و آگاه‌هریس، ۱۴۰۱). در این میان سهم کشورهای در حال توسعه بیش از سایر کشورها است. کشور ما هم به عنوان یکی از کشورهای خاورمیانه، از این مشکل متأثر است چرا که گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی حاکی از آن است که در سال ۱۳۹۵ میزان شیوع این بیماری در جمعیت بزرگسال ایران ۱۰/۳ درصد بوده‌است که سهم مردان ۹/۶ و سهم زنان ۱۱/۱ درصد بوده‌است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۶). براساس پیش‌بینی این سازمان اگر اقدامات مناسب در این زمینه صورت نگیرد در سال ۲۰۳۰ تعداد مبتلایان به دیابت در ایران به ۷ میلیون نفر افزایش خواهد یافت (نادریانفر، کدخدایی، منصور، کیهانی و نهبندی، ۱۳۹۸). همچنین آمارها نشان می‌دهند که به طور کلی ۹ درصد از کل مرگ و میرهای جهان ناشی از دیابت است که این آمار بین سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۳۰ به دو برابر افزایش خواهد یافت (جاجرمی، رضوی‌زاده تبادکان و وکیلی، ۱۳۹۸). طبق اعلام فدراسیون جهانی دیابت (۲۰۱۹) در سطح جهانی مرگ ناشی از دیابت در زنان (۲/۳ میلیون) بیش از مردان (۱/۹ میلیون) می‌باشد؛ در ایران نیز براساس آخرین آمار وزارت بهداشت، سالانه بیش از ۴۰ میلیارد ریال از بودجه مصوب وزارت بهداشت برای برنامه کنترل دیابت هزینه می‌شود اما با وجود هزینه‌هایی که برای پیشگیری و کنترل دیابت صرف شده، هر روزه بر تعداد مبتلایان به آن افزوده می‌شود که به نظر می‌رسد اشکال در، متغیرهای روان‌شناختی و خودمراقبتی این بیماران باشد (افشارپور، ریشه‌ری، کیخسروای و گنجی، ۱۴۰۱).

با توجه به آن‌که دیابت نوع دو جزو شایع‌ترین نوع دیابت‌ها است که در نتیجه اختلال پیچیده سوخت و ساز در بدن ایجاد می‌شود که از طریق بالا بودن سطح قندخون از حد طبیعی مشخص می‌شود و حاصل اختلال در ترشح یا عملکرد انسولین و یا هر دوی این موارد می‌باشد، مطالعات نشان می‌دهد که با افزایش خطر اختلالات و علایم روان‌شناختی همراه است (جاجرمی، رضوی‌زاده تبادکان و وکیلی، ۱۳۹۸). نتایج حاصل از پژوهش سارتوریس (۲۰۲۲) نشان داد که دیابت، بیماری‌های قلبی عروقی و سرطان با اختلالات و علائم روانشناختی اغلب همراه هستند، پیش‌آگهی این بیماری‌ها را بدتر می‌کنند و هزینه‌های مربوط به درمان آن‌ها را افزایش می‌دهند. دیابت نوع دو عوارض و پیامدهای جسمی و روانشناختی مختلفی در پی دارد. زنان و مردان مبتلا به این بیماری در معرض بیماری‌های کلیوی، عروق محیطی، قلبی، رتینوپاتی، نوروپاتی، سکنه‌ی مغزی، اختلال دیداری، زخم پا و پیامدهای نامطلوب دوره بارداری قرار دارند، همچنین

علائم اختلال‌های روانشناختی از جمله اختلال اضطراب فراگیر و وحشت‌زدگی را با شدت بیشتری تجربه می‌کنند (هابسمن، هوکسلی، کوهرت، زیتلر، رجینستر و ریساج، ۲۰۱۹). از همین رو این عوامل تأثیر مستقیمی بر اشتیاق به زندگی در این بیماران دارد (اسکیمد، اسکالمیر و کالیس، ۲۰۰۷).

اشتیاق به زندگی عنصری بسیار مهم برای زندگی کارآمد و اثربخش می‌باشد چرا که تنها راه مؤثر برای رویارویی با موانع زندگی است، و به معنای ایجاد فضایی برای اثرات جانبی منفی از قبیل افکار و احساسات ناخوشایند به منظور خلق یک زندگی ارزشمند است که خوشبختانه در ادامه مسیر، اثرات جانبی مثبتی را نیز با خود به همراه دارد. اما اشتیاق فقط به معنای تحمل کردن، پذیرش شرایط یا توانایی مقابله با آن نیست، بلکه به معنای در آغوش کشیدن تجربه است، اگر چه ممکن است آن را دوست نداشته باشیم، این مولفه به معنی مواجه شدن و استقبال از رویدادهاست (حسن‌زاده، ۱۳۹۹).

سان و همکاران در پژوهشی (۲۰۲۲) اعلام می‌کنند که دیابت باعث تهدید زندگی، عوارض ناتوان‌کننده و پرهزینه و کاهش امید به زندگی می‌شود. در پژوهشی دیگر عنوان شد که امید به زندگی در افراد مبتلا به دیابت کمتر از افراد سالم است علاوه بر این، پریشانی دیابت، که به عنوان احساسات منفی، ناامیدی، و فشار مربوط به بار خود مدیریتی تعریف می‌شود، به طور فزاینده‌ای رایج است (ریسی، ویتمر، آیسون، کافازو، کافورد، کستل و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین اغلب به دلیل مسائل روان‌شناختی و عدم پایداری به درمان، بیماران سریع‌تر دچار قطع عضو و از دست دادن عملکرد اعضا می‌شوند که این نیز بر امید به زندگی این افراد تأثیر مستقیم دارد (افشارپور، ریشه‌ری، کیخسروای و گنجی، ۱۴۰۱).

دیابت نوع دو امید به زندگی افراد مبتلا به این بیماری را تحت تأثیر قرار می‌دهد (واکر، کلوهن، لوینگستن، مکریمون، پیتز، ستار و وایلد، ۲۰۱۸). امید به زندگی مفهومی است که در دو دهه اخیر احتمالاً بیشترین پژوهش‌ها را به سوی خود جلب کرده است، فرایندی که به افراد اجازه می‌دهد تا هدف‌هایی را طراحی کرده و آن را پیگیری کند و قابلیت درک شده از به وجود آوردن مسیرهای مطلوب در جهت دستیابی به اهداف و برانگیخته شدن در جهت استفاده از این راه‌ها می‌باشد و سلامت جسمی و روانی را که با انواع شاخص‌ها از جمله سلامت خود گزارشی، پاسخ مثبت به مداخلات پزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت، نیرومندی ایمن شناختی، رضایت از زندگی، کنار آمدن مؤثر و رفتارهای ارتقادهنده سلامت مشخص شده‌اند، پیش‌بینی می‌کند (محمدی، فتحی و پاهنگ، ۱۴۰۱).

امید مجموعه‌ای شناختی مبتنی بر احساس موفقیت ناشی از منابع گوناگون و مسیرها است که به معنای توانایی باور به دارا بودن احساس بهتر، در آینده است. که با نیروی نافذ خود، محرک فعالیت فرد است تا بتواند تجارب نو کسب کند و نیروهای تازه‌ای در فرد به منظور تقویت منابع مقابله‌ای انسان در سازگاری با مشکلات ایجاد کند (طجری، کریمی و گودرزی، ۱۳۹۹).

روان‌شناسان مثبت نگر معتقدند امید می‌تواند از افراد در برابر رویدادهای تنش‌زای زندگی حمایت کند چرا که امید در مواجهه مؤثر با مشکلات و استرس ناشی از آن نقش مهمی دارد و به عنوان عاملی بالقوه نیرومند در بهبود و سازگاری بیماران مؤثر است. از همین رو، امید با افزایش هدفمندی در زندگی همراه است (نیک‌روی، حسن‌زاده و حیدری، ۱۴۰۱). برطبق مطالعات انجام گرفته امید به زندگی بالاتر با سلامت جسمی و روانشناختی، خودارزشی بالا، تفکر مثبت و روابط اجتماعی رضایتمند رابطه دارد (لوی، دی‌گیلیو، دیلگو، لازاریوگ و ساوربرگ، ۲۰۲۲).

زندگی با دیابت به دلیل نیاز دائمی به پیروی از داروها، رژیم غذایی و برنامه‌های ورزشی منظم همراه با ترس از عوارض دیابت، بار روانی سنگینی را به همراه دارد (ریسی، ویتمر، آلیسون، کافازو، کافورد، کستل و همکاران، ۲۰۲۳). گو و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی بیان کردند که میزان تمایل هر فرد در پیروی از دستورات درمانی از جمله عواملی است که می‌تواند در بهبود دیابت نقش داشته باشد. پیروی از درمان و توصیه‌های پزشکی یک فرآیند رفتاری پیچیده است و عوامل متعددی از جمله میزان آگاهی بیمار از وضعیت بیماری خود و پیامدهای آن، خودکارآمدی، انگیزه فردی، میزان امید و بازخورد اطرافیان به بیمار بر آن تأثیر دارند، بعضی بررسی‌ها، حاکی از آن هستند میزان عدم پیروی از دستورات درمانی در افراد دیابتی بین ۲۳ تا ۹۳ درصد متغیر است که همین می‌تواند تأثیرگذار بر روند درمان باشد، به همین علت یکی از اهداف مهم آموزش به بیمار، تشویق وی به پیروی از رژیم‌های توصیه شده درمانی است (نیک‌روی، حسن‌زاده و حیدری، ۱۴۰۱). عدم پیروی از دستورات پزشک به معنای میزان عدم مطابقت رفتار افراد با توصیه‌های سلامتی یا درمانی می‌باشد (عبدالله‌زاده‌زافی و گلباف، ۱۳۹۹). یافته‌ها نشان می‌دهند در تعداد زیادی از بیماران دیابتی پیروی از دستورات دارویی و مراقبتی مانند رعایت رژیم غذایی، ترک سیگار و فعالیت فیزیکی به طور کامل انجام نمی‌شود (نصیری‌لاری، حاجی‌منفرد، ریاستیان، عبدالحسن‌زاده، ایرچی، وجود و حیدری، ۲۰۲۰). با توجه به گسترش این نوع بیماری و اثرات شناختی منفی آن انجام مداخلات روان‌شناختی همزمان با مداخلات پزشکی برای کنترل این بیماری و عوارض مرتبط با آن ضرورت پیدا می‌کند (کیوان، خضری مقدم و رجب، ۱۳۹۸).

یکی از رویکردهای درمانی که می‌تواند بر این متغیرها اثر بگذارد زندگی درمانی است. زندگی درمانی شاخه‌ای از حوزه روانشناسی است که به مفاهیمی چون حیات، زندگی، اشتیاق به زیستن، امیدواری نسبت به آینده، و داشتن طول عمر می‌پردازد. این حوزه از روانشناسی به رشد و تکامل فردی و رشد و تکامل اجتماعی توجه دارد. درمان مبتنی بر زندگی یا زندگی درمانی از رویکردهای درمانی وابسته به زندگی است که این رویکرد به صورت مستقیم به مفهوم و معنای زندگی مربوط می‌شود. فلسفه زندگی از موضوعات عمده در زندگی انسان است که مفهوم آن از فردی به فرد دیگر متفاوت است. در بسیاری از موارد، افراد

درک روشن و قابل درکی از خودِ زندگی و معنای آن ندارند این رویکرد درصدد است که به مراجع کمک کند زمانی را تلف نکند، هر لحظه از زندگی را فرصتی برای زیستن، بودن، شکوفایی و کمال تلقی کند، حوزه‌های مختلف زندگی خود را به روشنی تدوین کرده و در همهٔ حوزه‌های طراحی شده، مقاصد و اهدافی را دنبال کند، به مراجع کمک می‌شود سازگاری مناسب و مؤثری با چالش‌های زندگی داشته باشد، ایجاد نگرشی باز و وسیع نسبت به زندگی اهمیت دارد (طالبی و حسن‌زاده، ۱۴۰۲). وقتی به کل زندگی و معنای کلی آن تأکید می‌شود، این می‌تواند به اجزای تشکیل دهندهٔ زندگی، مفهوم جدیدی ارائه کند. هدف زندگی درمانی ایجاد مفهوم گسترده در زندگی و حوزه‌های زندگی مراجعان است. بر اساس نظریهٔ گشتالت «کل، چیزی بیش از اجزای تشکیل دهندهٔ آن است» و بر این فرض و اساس، در زندگی درمانی کلی زندگی مفهومی متفاوت از اجزای تشکیل دهندهٔ آن است و می‌تواند در زندگی مراجع نگرشی متفاوت ایجاد کند. وقتی بتوانیم درک کامل و وسیعی از زندگی و ضرورت‌هایش در مراجع ایجاد کنیم، او راحت‌تر می‌تواند موضوعات، مسائل و مشکلات آن را حل و فصل کند (حسن‌زاده، ۱۳۹۹). با توجه به اینکه پژوهش منسجم و کاربردی در خصوص موضوع وجود ندارد، این پژوهش به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا آیا زندگی درمانی بر اشتیاق به زندگی، امید به زندگی و پیروی کلی و اختصاصی از دستورات پزشک در زنان مبتلا به دیابت نوع دو تاثیر دارد؟

روش پژوهش

این مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به کلینیک تخصصی دیابت واقع در شهرستان ساری در سال ۱۴۰۱ با تعداد ۴۲ نفر بود. برای انتخاب نمونه ۳۰ نفر از این افراد که تشخیص دیابت نوع دو را دریافت کرده بودند و معیارهای ورود به مطالعه را داشتند با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره کنترل و آزمایش قرار گرفتند. حجم نمونه لازم با در نظر گرفتن توان آزمون ۸۰ درصد، خطای نوع ۰/۰۵ و سطح اطمینان ۹۵٪، از طریق نرم‌افزار GPower3.1.9.4 و با نظر به پژوهش‌های پیشین، به دست آمد (کوبین و کاف، ۲۰۰۲). معیارهای ورود شامل حداقل سواد خواندن و نوشتن، دریافت تشخیص دیابت نوع دو توسط یک پزشک متخصص، سن بین ۲۵ الی ۵۰ سال، داشتن رضایت آگاهانه و توانایی شرکت در جلسات درمانی گروه و معیارهای خروج شامل عدم حضور بیش از دو جلسه در طول درمان و عدم ابتلا به بیماری روان‌پزشکی جدی مانند اسکیزوفرنی و نظیر آن بود. در ابتدا مجوز لازم از کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری با کد IR.IAU.SARI.REC.1401.226 اخذ شد با انجام هماهنگی‌های لازم از مراجع ذیربط به کلینیک تخصصی دیابت شهرستان ساری مراجعه شد و پس از هماهنگی با پزشک متخصص فهرست

اسامی زنان مبتلا به دیابت و تحت درمان تهیه گردید. با توجه به معیارهای ورود به مطالعه تعداد ۳۰ بیمار برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. در آغاز پژوهشگر به افرادی که دارای تشخیص ابتلا به دیابت نوع دو و ملاک‌های ورود به مطالعه بودند توضیحاتی در مورد هدف مطالعه و کسب رضایت آگاهانه و اطمینان خاطر دادن به آن‌ها درباره محرمانه بودن اطلاعات می‌دهد و بعد پرسشنامه‌های اشتیاق زندگی، امید به زندگی و پیروی کلی و اختصاصی را در اختیار آزمودنی‌ها قرار می‌دهد. سپس برای گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه (گروهی و هفتگی) ۹۰ دقیقه‌ای زندگی درمانی (حسن‌زاده، ۱۳۹۹) قرار گرفتند. برای گروه کنترل مداخله آموزشی صورت نگرفت. همه آزمودنی‌ها بعد از اتمام جلسه مجدداً پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. همچنین بعد از گذشت ۹۰ روز پرسشنامه‌ها مجدداً در اختیار هر دو گروه جهت اجرای مرحله پیگیری قرار گرفت. جلسات مداخله در کلینیک تخصصی دیابت شهرستان ساری توسط نویسنده اول مقاله از اوایل آبان تا اوایل دی ۱۴۰۱ و به صورت گروهی برگزار شد. در طی جلسات، درمانگر در مورد مفاهیمی چون، معنای زندگی، اهداف زندگی، اشتیاق به زندگی، امید به زندگی و رضایت از زندگی با اعضای گروه به بحث و تبادل نظر می‌پرداخت در پایان هر جلسه با دادن تکالیف خانگی به شرکت‌کنندگان، آن‌ها را در یادگیری و اجرای بهتر مطالب آموزش داده شده کمک می‌کرد.

ابزار سنجش

پرسشنامه اشتیاق به زندگی: پرسشنامه اشتیاق به زندگی که توسط رمضان حسن زاده سال ۱۳۹۴ ساخته شده است پرسشنامه اشتیاق به زندگی دارای ۵۰ سؤال است. این پرسشنامه در طیف لیکرت پنج درجه ای (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) نمره گذاری می‌شود. عبارت‌های ۴۴ - ۳۳ - ۲۵ - ۱۹ - ۱۶ - ۱۳ - ۱۱ - ۸ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند: (کاملاً موافقم = ۱، موافقم = ۲، نظری ندارم = ۳، مخالفم = ۴، کاملاً مخالفم = ۵) و بقیه عبارت‌ها به این صورت (مستقیم) نمره گذاری می‌شوند: (کاملاً موافقم = ۵، موافقم = ۴، نظری ندارم = ۳، مخالفم = ۲، کاملاً مخالفم = ۱). پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و با استفاده از روش باز آزمایی ۰/۸۵ محاسبه شده است، روایی همزمان این پرسشنامه با پرسشنامه‌های بهزیستی روانشناختی ریف ۰/۶۱، معنای زندگی ۰/۵۹، مقیاس پنداشت زندگی ۰/۶۸، مقیاس رضایت از زندگی ۰/۶۳ و مقیاس جهت‌گیری به زندگی ۰/۷۰ گزارش شده است. نمره بالا در این پرسشنامه به معنای اشتیاق به زندگی بیشتر و نمره پایین به معنای اشتیاق به زندگی کمتر می‌باشد (حسن‌زاده، ۱۳۹۹).

پرسشنامه امید به زندگی: پرسشنامه امید به زندگی مشتمل بر ۳۳ ماده است و توسط حلاجیان (۱۳۸۸) طراحی شده است، که آزمودنی‌ها براساس مقیاس لیکرت (کاملاً، تقریباً، هرگز) به آن پاسخ می‌دهند. عبارت‌های ۱-۳-۷-۹-۱۰-۱۱-۱۲-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸-۲۰-۲۱-۲۴-۲۶-۲۸ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند: (کاملاً=۱، تقریباً=۲، هرگز=۳) و بقیه عبارت‌ها به این صورت (مستقیم) نمره‌گذاری می‌شوند: (کاملاً=۳، تقریباً=۲، هرگز=۱). برای سنجش همسانی درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. بر اساس نتایج حاصله، ضریب آلفای کل نمونه، آزمودنی‌های دختر و آزمودنی‌های پسر به ترتیب (۰/۸۹، ۰/۹۴، ۰/۹۲) است. روایی محتوایی پرسشنامه توسط متخصصان گزارش شده است. برای سنجش روایی مقیاس این آزمون مجدد پس از ۴ تا ۶ هفته به ۹۵ آزمودنی دختر و ۹۱ آزمودنی پسر که در مرحله اول شرکت داشتند، داده شد. میانگین و احراف معیار کل آزمودنی‌ها و آزمودنی‌های دختر و پسر در مرحله بازآزمایی عبارتند از $X=31/39$ ($SD=15/8$)، $X=35/24$ ($SD=19/26$)، $X=30/16$ ($SD=19/22$) (حسنزاده، ۱۳۹۹).

مقیاس پیروی کلی و اختصاصی: این مقیاس توسط هیز در سال ۱۹۹۴ برای ارزیابی میزان تبعیت بیماران مزمن طراحی شده است. مقیاس پیروی عمومی، تمایل بیمار به پیروی از توصیه‌های پزشک را به طور کلی اندازه می‌گیرد که دارای ۵ ماده آزمون در مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای است. نمرات ۲ ماده از آزمون (سوالات ۱ و ۳) به شکل وارونه نمره‌گذاری می‌شود. آزمودنی می‌تواند در عرض ۲ تا ۵ دقیقه به این پرسشنامه پاسخ دهد و می‌بایست به هر سوال یکی از جواب‌های (همیشه - بیشتر مواقع - مواقع زیادی - بعضی مواقع - مواقع کمی - هیچ موقع) را علامت بزند. نمره ۶ به همیشه و نمره ۱ به هیچ موقع تعلق می‌گیرد و مجموع نمرات در بازه ۵ تا ۳۰ قرار می‌گیرد. روایی آزمون را از طریق روایی سازه و تایید ساختار یک عاملی آن مورد تایید قرار داد و نشان داد که این مدل قابلیت تبیین ۷۴٪ از واریانس نمرات کل مقیاس را داراست. برای بررسی همسانی درونی آلفای کرونباخ مقیاس با مقدار ۰/۹۷ گزارش داد و پایایی این مقیاس نیز بر اساس آزمون مجدد قابل قبول به دست آمد. در مطالعه ای بر روی جمعیت ایرانی پایایی مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ بدست آورده شد و همچنین ضمن بررسی و تایید روایی صوری و محتوایی آن، با به دست آوردن ضریب همبستگی ۰/۷۰ بین گویه‌های مقیاس، روایی همگرایی آن را نیز مورد تایید قرار دادند (محمدی، سعادت، شهرکی، رایبی، سعادت و همکاران، ۲۰۱۵).

جدول شماره ۱. زندگی درمانی (حسن زاده، ۱۳۹۹)

جلسات	اهداف، فعالیت‌ها و محتوای جلسات
جلسه اول	معرفی شرکت‌کنندگان و آشنایی اعضای گروه با درمانگر و یکدیگر و شرح مختصری از ۸ جلسه، اجرای پیش‌آزمون
جلسه دوم	بیان مفاهیم مربوط با روانشناسی زندگی دیدگاه‌های مرتبط با حیات طرح سوالاتی پیرامون مفهوم و معنای زندگی، اهداف زندگی و ایجاد امید و انتظار درمان و کاهش چالش‌ها و موانع زندگی پیش روی زنان مبتلا به دیابت
جلسه سوم	کمک به فرد برای شناسایی اهداف زندگی و اولویت‌های آن بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسات قبل و صحبت درباره احساسات افکار اعضای گروه در مقابله با مشکلات مربوط به دیابت، بحث پیرامون اهداف کوتاه‌مدت و میان‌مدت و بلندمدت این افراد به ویژه در طول مدت درمان، آموزش جدول یا ماتریس آیزنهاور و ارائه تکلیف در زمینه فرم تصمیم‌گیری و اهداف زندگی
جلسه چهارم	توضیح در مورد مفهوم اشتیاق به زندگی نقش آن در سلامت روانی بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسات قبل و آموزش مفهوم اشتیاق به زندگی و نقش آن در سلامت روانی
جلسه پنجم	بیان مفاهیم مربوط با امیدواری به‌عنوان شعله ضروری زندگی و چراغ راهی برای مقابله با مشکلات مربوط به درمان دیابت نوع دو بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسات قبل و گفتگو درباره امید و امیدواری، نقش امید در زندگی و مقابله با مشکلات و اثر گذاری آن در ادامه درمان بیماری‌ها ویژگی افراد امیدوار
جلسه ششم	توضیح در مورد مفهوم مدیریت زندگی و چرخ زندگی و کیفیت زندگی و رضایت از آن بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسات قبل و آموزش مفهوم مدیریت زندگی و چرخ زندگی
جلسه هفتم	بیان مفاهیم مربوط با رضایت از زندگی مثبت اندیشی و فضا سازی در زندگی حین طی کرن مسیر دشوار درمان بیماری و تلاش برای بهبود کیفیت زندگی در شرایط سخت. بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسات قبل و آموزش مفاهیم رضایت از زندگی مثبت اندیشی و فضا سازی در زندگی
جلسه هشتم	جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسات قبل، جمع‌بندی مطالب، ارائه بازخورد به اعضای گروه و تقدیر و قدردانی و پس‌آزمون

روش اجرا

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت‌کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام بود. اعضای گروه آزمایش و کنترل، اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله‌ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه کنترل در صورت علاقه‌مندی می‌توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند. همچنین برای اطمینان از عدم آشنایی و اشتراک گذاری اطلاعات بین شرکت‌کنندگان دو گروه، سعی شد انتخاب شرکت‌کنندگان دو گروه به گونه‌ای باشد که اعضا با هم آشنایی قبلی نداشته باشند و همچنین با دعوت شرکت‌کنندگان دو گروه در روزهای متفاوت برای تکمیل پرسشنامه‌ها، از برخورد و آشنایی آن‌ها در طی مطالعه پیگیری شود. کلیه مدارک و

پرسشنامه‌ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود. رضایت نامه کتبی آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید. در بررسی توصیفی داده‌ها شاخص‌های آماری مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS-24 استفاده گردید.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌های گروه مداخله $9/72 \pm 43/61$ و گروه کنترل $11/25 \pm 54/73$ سال بود. از نظر تحصیلات نیز در گروه مداخله ۴۰ درصد (دیپلم)، ۲۰ درصد (کارشناسی) و ۴۰ درصد (کارشناسی ارشد) بودند همچنین شرکت کنندگان گروه کنترل ۲۶/۷ درصد (دیپلم)، ۴۶/۷ درصد (کارشناسی) و ۲۶/۶ درصد (کارشناسی ارشد) بودند.

جدول شماره ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهشی گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله

گروه مداخله متغیرها	موقعیت	گروه کنترل		گروه مداخله متغیرها	موقعیت
		میانگین	انحراف معیار		
اشتیاق به زندگی	پیش آزمون	۷۶/۴۰۰	۱۵/۶۶۹	۱۴/۰۲۶	۶۹/۸۰۰
	پس آزمون	۷۴/۶۶۶	۱۳/۲۴۳	۱۶/۴۵۳	۱۰۵/۲۶۶
	پیگیری	۷۳/۸۰۰	۱۵/۵۳۸	۱۹/۲۴۶	۹۸/۴۰۳
امید به زندگی	پیش آزمون	۵۶/۴۰۰	۱۰/۴۲۵	۸/۴۲۶	۵۵/۲۰۰
	پس آزمون	۵۶/۶۶۶	۷/۴۹۹	۸/۹۸۹	۷۶/۳۳۳
	پیگیری	۵۶/۹۳۳	۸/۹۷۱	۷/۲۳۵	۶۹/۰۶۶
پیروی کلی	پیش آزمون	۱۴/۶۶۶	۳/۴۵۷	۳/۸۰۷	۱۴/۲۶۶
	پس آزمون	۱۴/۹۳۳	۳/۱۰۴	۳/۵۰۲	۲۱/۱۳۳
	پیگیری	۱۵/۶۰۰	۳/۰۸۹	۴/۵۸۵	۱۸/۸۰۰
پیروی اختصاصی	پیش آزمون	۱۶/۴۶۶	۳/۳۶۶۱	۴/۵۷۴	۱۶/۷۳۳
	پس آزمون	۲۰/۴۶۶	۴/۵۳۳	۶/۴۵۷	۲۷/۴۶۶
	پیگیری	۲۰/۳۳۳	۳/۱۰۹	۴/۱۱۷	۲۵/۳۳۳

اطلاعات جدول ۲ حاکی از افزایش اشتیاق به زندگی، امید به زندگی و پیروی کلی و اختصاصی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون می‌باشد.

جدول شماره ۳. نتایج آزمون شاپیروویلیک برای متغیرهای پژوهش

متغیر	موقعیت	گروه آزمایش		موقعیت	گروه کنترل
		درجه آزادی	آماره		
اشتیاق به زندگی	پیش آزمون	۱۵	-/۹۲۸	-/۳۵۸	۰/۳۵۸
	پس آزمون	۱۵	-/۹۴۴	-/۴۳۱	۰/۴۹۸
امید به زندگی	پیش آزمون	۱۵	-/۹۷۷	-/۹۴۶	۰/۱۶۶
	پس آزمون	۱۵	-/۹۷۸	-/۹۵۳	۰/۹۸۷
پیروی کلی	پیش آزمون	۱۵	-/۹۸۱	-/۹۷۵	۰/۹۵۰
	پس آزمون	۱۵	-/۹۵۳	-/۵۶۷	۰/۹۰۳
پیروی اختصاصی	پیش آزمون	۱۵	-/۹۴۷	-/۴۸۰	۰/۵۷۵
	پس آزمون	۱۵	-/۹۲۲	-/۲۰۶	۰/۴۳۳
	پیگیری	۱۵	-/۹۷۳	-/۹۰۴	۰/۰۵۴

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد آزمون شاپیروویلیک حاکی از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها است.

جدول شماره ۴. آزمون لوین

متغیر	مرحله پس آزمون		مرحله پیگیری	
	F	سطح معناداری	F	سطح معناداری
اشتیاق به زندگی	-/۹۱۳	۰/۳۴۸	۰/۳۳۳	۰/۵۶۸
امید به زندگی	-/۴۷۳	۰/۴۹۷	۰/۱۴۰	۰/۷۱۱
پیروی کلی	-/۵۴۷	۰/۴۶۶	۳/۹۱۵	۰/۰۵۸
پیروی اختصاصی	۲/۴۶۸	۰/۱۲۷	۲/۴۴۰	۰/۱۲۹

برای بررسی فرض یکسانی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده می‌شود با توجه به جدوا شماره ۴ پیش فرض لوین مبنی بر برابری واریانس‌ها در گروه‌ها در همه متغیرهای پژوهش در مرحله پس آزمون و پیگیری رد نشده و باقی مانده است؛ لذا این پیش فرض تایید می‌شود.

جدول شماره ۵. آزمون موخلی

متغیر	موخلی	درجه آزادی	معناداری
اشتیاق به زندگی	-/۹۴۷	۲	۰/۴۷۷
امید به زندگی	۰/۸۸۴	۲	۰/۱۹۰
پیروی کلی	-/۹۰۱	۲	۰/۲۴۶

پیروی اختصاصی	۰/۸۱۷	۲	۰/۰۶۶
---------------	-------	---	-------

با توجه به جدول شماره ۵ که آزمون کرویت موچلی را نشان می دهد که برای هر سه متغیر برقرار است.

جدول شماره ۶. تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری های مکرر در سه مرحله

متغیر	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
اشتیاق به زندگی	زمان	۱۲/۱۷۹	۰/۰۰۲	۰/۳۰۳
	زمان*گروه	۱۷/۵۳۷	۰/۰۰۱	۰/۳۸۵
	گروه	۱۴/۳۱۸	۰/۰۰۱	۰/۳۳۸
امید به زندگی	زمان	۱۶/۴۹۸	۰/۰۰۱	۰/۳۷۱
	زمان*گروه	۱۴/۱۴۴	۰/۰۰۱	۰/۳۳۶
	گروه	۱۵/۱۴۷	۰/۰۰۱	۰/۳۵۱
پیروی کلی	زمان	۲۴/۲۶۲	۰/۰۰۱	۰/۴۶۴
	زمان*گروه	۱۰/۵۲۲	۰/۰۰۳	۰/۲۷۳
	گروه	۶/۶۶۳	۰/۰۱۵	۰/۱۹۲
پیروی اختصاصی	زمان	۵۳/۳۸۸	۰/۰۰۱	۰/۶۵۶
	زمان*گروه	۷/۶۹۶	۰/۰۱۰	۰/۲۱۶
	گروه	۹/۶۹۷	۰/۰۰۴	۰/۲۵۷

نتایج جدول شماره ۶ نشان می دهد که تعامل زمان با گروه آزمایش در سه مرحله اندازه گیری در نمره اشتیاق به زندگی ($P= ۰/۰۰۱$) با اندازه اثر ۰/۳۳۸، و امید به زندگی ($P= ۰/۰۰۱$) با اندازه اثر ۰/۳۵۱، پیروی کلی ($P= ۰/۰۱۵$) با اندازه اثر ۰/۱۹۲ و پیروی اختصاصی ($P= ۰/۰۰۴$) با اندازه اثر ۰/۲۵۷ موثر بوده است.

جدول شماره ۷. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

شاخص های آماری	پیش آزمون - پیگیری		پس آزمون - پیگیری	
	تفاوت میانگین	انحراف معناداری	تفاوت میانگین	انحراف معناداری
اشتیاق به زندگی	-۱۳/۰۰۲	۳/۷۲۶	۳/۸۶۵	۳/۲۷۷
امید به زندگی	-۷/۲۰۰	۱/۷۷۳	۳/۵۰۰	۱/۴۰۱
پیروی کلی	-۲/۷۳۳	۰/۵۵	۰/۸۳۳	۰/۴۶۶
پیروی اختصاصی	-۶/۲۳۳	۰/۸۵۳	۱/۱۳۳	۰/۷۲۳

با توجه به جدول شماره ۷ می توان عنوان کرد که نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر مداخله پایدار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی زندگی درمانی بر اشتیاق به زندگی، امید به زندگی و پیروی کلی و اختصاصی از دستورات پزشک در زنان مبتلا به دیابت نوع دو بود، نتایج حاکی از آن بود که مداخله زندگی درمانی موجب افزایش معنی‌دار نمرات متغیر اشتیاق به زندگی، امید به زندگی و پیروی کلی و اختصاصی از دستورات پزشک در زنان مبتلا به دیابت نوع دو و تایید فرضیه پژوهش شده است. که این تاثیر در زمان پیگیری نیز پایدار بوده است، نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های صلاحی‌ابدی (۱۴۰۱)، شهیدی و همکاران (۱۴۰۱)، غلام‌نژاد و همکاران (۱۴۰۱)، سلیمان‌نیا و همکاران (۱۴۰۱) و عبدالله‌زاده و گلباف (۱۳۹۹) همسو است. پژوهش صلاحی‌ابدی (۱۴۰۱) که همسو با این پژوهش است تأثیر معنی‌دار زندگی درمانی در کاهش شدت آسیب‌های روانی و جسمانی و افزایش معنای زندگی، امید و اشتیاق به زندگی را نشان می‌دهد. شهیدی و همکاران در پژوهشی (۱۴۰۱) که نتایج مشابه نتایج پژوهش حاضر را به دست آوردند عنوان کردند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش درد ذهنی و افزایش اشتیاق به زندگی در بیماران مبتلا به پسوریازیس مؤثر بود، همچنین غلامی‌نژاد و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهشی همسو با این پژوهش دریافتند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی روی امید به زندگی، هراس از مرگ و HbA1c بیماران دیابتی افسرده تاثیر مثبت دارد. که بر این اساس، پیگیری و درمان آن‌ها به شیوه غیردارویی با روش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در درجه اول و در صورت نیاز مداخله دارویی کمک شایانی به جهت کنترل قندخون، کاهش شدت و سیر عوارض مزمن خواهد کرد. نتایج پژوهش عبدالله‌زاده و گل‌باف (۱۳۹۹) که در راستای پژوهش حاضر می‌باشد نیز نشان می‌دهد درمان مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش پیروی از دستورات پزشک بیماران دیابتی می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت با توجه به اینکه که دیابت یکی از شایع‌ترین بیماری‌های متابولیک غیر واگیر و مزمن در دنیا است و دارای عوارض جسمی، روانی و بالینی جدی برای افراد مبتلا می‌باشد و به عنوان عامل خطر اصلی قابل پیشگیری برای توسعه‌ی بیماری‌های قلبی عروقی و مرگ و میر ناشی از همه‌ی علل در سرتاسر جهان در نظر گرفته می‌شود و از آنجایی که پژوهش‌های اخیر میزان بروز دیابت نوع دو در جمعیت ایران را ۳/۳۶ در هر ۱۰۰۰ نفر در سال گزارش کرده‌اند و با توجه به اینکه شیوع دیابت نوع دو در میان بزرگسالان ایرانی به سرعت از ۳/۱۴ درصد در سال ۲۰۱۰ به ۵/۷ درصد در سال ۲۰۱۹ افزایش یافت و نیز تخمین زده می‌شود در سال ۲۰۳۰ نزدیک به ۲/۹ میلیون ایرانی تحت تأثیر این بیماری قرار گیرند (میرزایی‌علویچه، حسینی، نیک‌صیرت، هاشمیانو جلالیان، ۱۴۰۲). توجه به جنبه‌ی زیستی، روانی، اجتماعی دیابت و انجام مداخلات به ویژه مداخلات روانشناختی به منظور افزایش کیفیت زندگی این بیماران امری اجتناب ناپذیر است (مهربان، جهاندار، حجت‌زاده، طوسی و احمدبوکانی، ۱۴۰۱). همچنین مشکلات روانشناختی، به عنوان یک

فاکتور مؤثر، تقریباً در یک سوم از بیماران مبتلا به دیابت تشخیص داده می‌شود، که نقش مهمی در انگیزه این بیماران برای پیروی از درمان ایفا می‌کند به دلیل ماهیت مزمن بیماری دیابت و دوره‌های متناوب نوسانات سطح سرمی قند خون این بیماران نسبت به افراد عادی بیشتر در معرض اختلالات هیجانی و روانی همچون اضطراب و افسردگی در نتیجه بی‌توجهی به رژیم درمانی قرار دارند (محمدی، محمدی، و نظری و محمدی، ۱۴۰۲). زندگی درمانی، یکی از مداخلات روانشناختی است که در کمک به افراد برای کسب بینش و آگاهی لازم نسبت به زندگی، چالش‌ها، ضرورت‌ها، الزامات آن است. درمانگر در رویکرد زندگی درمانی درصدد است که به مراجع کمک کند فقط زمانی را تلف نکند، بلکه هر لحظه از زندگی را فرصتی برای زیستن، بودن، شکوفایی و کمال، تلقی کند، حوزه‌های مختلف زندگی خود را به روشنی تدوین کرده و در همه حوزه‌های طراحی شده، مقاصد و اهدافی را دنبال کند. در این رویکرد درمانی، به مراجع کمک می‌شود سازگاری مناسب و مؤثری با چالش‌های زندگی داشته باشد. ایجاد نگرشی باز و وسیع نسبت به زندگی اهمیت دارد. وقتی به کل زندگی و معنای کلی آن تأکید می‌شود، این می‌تواند به اجزای تشکیل دهنده زندگی، مفهوم جدیدی ارائه کند. هدف زندگی درمانی ایجاد مفهوم گسترده در زندگی و حوزه‌های زندگی مراجعان است. بر اساس نظریه گشتالت «کل، چیزی بیش از اجزای تشکیل دهنده آن است» و بر این فرض و اساس در زندگی درمانی کل زندگی مفهومی متفاوت از اجزای تشکیل دهنده آن است و می‌تواند در زندگی مراجع نگرشی متفاوت ایجاد کند. وقتی بتوانیم درک کامل و وسیعی از زندگی و ضرورت‌هایش در مراجع ایجاد کنیم، او راحت‌تر می‌تواند موضوعات، مسائل و مشکلات آن را حل و فصل کند (حسن زاده، ۱۳۹۹). از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت با توجه به اینکه جامعه آماری پژوهش گروه خاصی از جامعه، یعنی تنها زنان مبتلا به دیابت بودند؛ لذا در تعمیم نتایج لازم است با احتیاط عمل شود. شرکت‌کنندگان در انتخاب اولیه به صورت داوطلبانه در آزمایش شرکت کردند؛ لذا ممکن است نتایج تحت تأثیر اثر مطلوبیت اجتماعی قرار گرفته باشد. با توجه به اینکه پژوهش بر روی جامعه بیماران مزمن (زنان مبتلا به دیابت) انجام شده است، پیشنهاد می‌شود در جامعه‌های دیگر نیز انجام شود و نتایج حاصله با نتایج این تحقیق مقایسه گردد.

سپاس‌گزاری

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند تا از کلیه زنان مبتلا به دیابت نوع دو شرکت‌کننده در این مطالعه که با مشارکت در جلسات مداخله زمینه اجرای پژوهش را فراهم آوردند تشکر و قدردانی نمایند.

تعارض منافع

«نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی ندارند.»

منابع

- ادریان فر، فرهاد؛ کدخدایی، فاطمه؛ منصوری، علی؛ رضایی کیخایی، خدیجه؛ و نهبندانی، ساناز. (۱۳۹۸). بررسی تاثیر آموزش از راه دور با استفاده از فیلم بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به دیابت نوع دو. فصلنامه پرستاری دیابت، ۷ (۲)، ۷۴۰-۷۵۱.
- افشارپور، شاهین؛ پولادی ریشه‌ری، علی؛ کیخسروانی، مولود؛ و گنجی، کامران. (۱۴۰۱). مقایسه‌ی اثربخشی درمان شفقت به خود و روان درمانی مثبت نگر بر معنای زندگی، امید به زندگی و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، مجله علوم پزشکی رازی، ۲۹ (۹)، ۸۶-۹۹.
- جاجرمی، محمود؛ رضوی زاده تبادکان، بی بی زهره؛ و وکیلی، یعقوب. (۱۳۹۸). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و سبک پاسخ دهی نشخواری زنان مبتلا به دیابت نوع ۲. زن و مطالعات خانواده، ۱۲ (۴۳)، ۸۵-۱۰۴.
- حسن زاده، رمضان. (۱۳۹۹). روان شناسی زندگی. تهران: ویرایش.
- حسن زاده، رمضان؛ و طالبی، فاطمه. (۱۴۰۲). اثربخشی زندگی درمانی بر اشتیاق به زندگی، امید به زندگی و کیفیت زندگی در زنان نابارور. فصلنامه پژوهش های کاربردی در مشاوره، ۱۶ (۱)، ۱۹-۳۸.
- سلیمانی نیا، اکرم؛ منصوری، احمد؛ باقرزاده گل‌مکانی، زهرا؛ و زنده دل، احمد. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان وجودی بر امید به زندگی و رفتارهای خود مراقبتی زنان مبتلا به دیابت نوع دو. مجله دیابت و متابولیسم ایران، ۲۲ (۴)، ۲۴۵-۲۵۴.
- شجری، فرزانه؛ آقاییوسفی، علیرضا؛ آگاه هریس، مژگان. (۱۴۰۱). تأثیر مقابله درمانگری بر استرس در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲. مجله علوم پزشکی رازی، ۲۹ (۵)، ۴۱-۵۲.
- شهیدی، شاهین، حسن زاده، رمضان؛ و میرزائیان، بهرام. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درد ذهنی و اشتیاق به زندگی در بیماران مبتلا به پسرپایزیس. مجله تحقیقات سلامت در جامعه، ۸ (۳)،
- صلاحی ابدی؛ سحر. (۱۴۰۱). اثربخشی زندگی درمانی بر معنای زندگی، امیدواری و اشتیاق به زندگی در دانشجویان پرستاری شهرستان ساری. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد ساری.
- طجری، مریم؛ کریمی، جواد؛ و گودرزی، کوروش. (۱۳۹۹). اثربخشی زوج درمانی به روش پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و شفقت به خود در زوجین متقاضی طلاق. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۳ (۶).
- عبداله زاده رافی، مهدی؛ و گل باف، علی. (۱۳۹۹). تأثیر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر پیروی از دستورات پزشک در بیماران دیابتی. روانشناسی سلامت، ۹ (۳۳)، ۱۱۳-۱۲۶.

- غلام نژاد، سارا؛ بهار، عادل؛ و فضل علی، محسن. (۱۴۰۱). اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی روی امید به زندگی، هراس از مرگ و تنظیم قند خون بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۳۲ (۲۱۶)، ۹۱-۱۰۵.
- کیوان، شیما؛ خضری مقدم، نوشیروان؛ رجب، اسدالله. (۱۳۹۸). اثر بخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر فعالیت های خودمراقبتی و امید به زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو: با پیگیری یک ساله. مجله علوم پزشکی رازی، ۲۶ (۸)، ۱۳-۱.
- محمدی، شروین؛ فتحی، آیت اله؛ و پاهنگ، عصمت. (۱۴۰۱). اثر بخشی روان درمانی مثبت نگر بر امید به زندگی و خود کارآمدی در بیماران دیابتی شهرستان شهریار. فصلنامه پرستاری دیابت، ۱۰ (۳)، ۱۹۲۴-۱۹۳۶.
- محمدی، شهناز؛ نظری، آزاده؛ محمدی، مهناز. (۱۴۰۲). نقش پیش بینی کننده ای افکار تکرار شونده منفی، راهبردهای تنظیم هیجان و خودمراقبتی بر پذیرش و تبعیت درمانی افراد مبتلا به دیابت نوع دو. مجله دیابت و متابولیسم ایران، ۲۳ (۱)، ۳۳-۴۳.
- مهربان، شفیق؛ جهاندار، مریم؛ حجت زاده، زهرا؛ طوسی، مریم؛ و احمدبوکانی، سلیمان. (۱۴۰۱). اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت در ایران: مرور سیستماتیک و متا آنالیز. فصلنامه پرستاری دیابت، ۱۱ (۱)، ۲۰۸۶-۲۰۹۹.
- میرزایی علویچه، مهدی؛ حسینی، سید نصراله؛ نیک سیرت، مرضیه؛ هاشمیان، امیرحسین؛ و جلیلیان، فرزاد. (۱۴۰۲). تعیین کننده های رفتارهای پایبندی به درمان در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو: کاربرد نظریه شناختی جامعه ای. مجله دیابت و متابولیسم ایران، ۲۳ (۱)، ۱۲-۱.
- نیک روی، زهرا؛ حسن زاده، رمضان؛ و حیدری، شعبان. (۱۴۰۱). اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و پیروی از دستورات پزشک در بیماران دیابتی نوع دوم. سلامت جامعه، ۱۶ (۳).

References

- Gu, S. Wang, X. Shi, L. Sun, Q. Hu, X. Gu, Y. Sun, X. Dong, H. (2020). Health-related quality of life of type 2 diabetes patients hospitalized for a diabetes-related complication. *Quality of Life Research* 29(10): 704-2695.
- Hays RD. *The medical outcomes Study (MOS) measures of patient adherence*. *J behave Med*. 1994. 15(17). 361-367.
- Huebschmann, AG. Huxley, RR. Kohrt, WM. Zeitler, P. Regensteiner, JG. *Reusch JEB*. (2019). Sex differences in the burden of type 2 diabetes and cardiovascular risk across the life course. *Diabetologia*, 62(10): 1761-72.
- International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas*. 9th ed. [Internet]. 2019. https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/2019/IDF_Atlas_9th_Edition_2019.pdf.

- Luy, M. Giulio, .P Di Lego, V. Lazarevič, P. Sauerberg, M.(2022). *Life expectancy: frequently used, but hardly understood*. Gerontology , 66 (1): 95-104.
- Moharamzad, Y., Saadat, H., Shahraki, B. N., Rai, A., Saadat, Z., Aerab-Sheibani, H., ... & Morisky, D. E. (2015). *Validation of the Persian version of the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in Iranian hypertensive patients*. Global journal of health science (in persian).
- Nasiri Lari, Z. Hajimonfarednejad, M. Riasatian, M. Abolhassanzadeh, Z. Iraj, A. Vojoud, M. Heydari, M. Shams, M.(2020). *Efficacy of inhaled Lavandula angustifolia Mill. Essential oil on sleep quality, quality of life and metabolic control in patients with diabetes mellitus type II and insomnia*. J Ethnopharmacol (in persian).
- Racey, M. Whitmore, C. Alliston, P. Cafazzo, JA. Crawford, A. Castle, D. Dragonetti, R. Fitzpatrick-Lewis, D. Jovkovic, M. Melamed, OC. Naeem, F. Senior, P. Strudwick, G.Ramdass. S, Vien. V, Selby, P. Sherifali.(2023). *DTechnology-Supported Integrated Care Innovations to Support Diabetes and Mental Health Care: Scoping Review*,JMIR Diabetes; 8 Sartorius, N. (2022). Depression and diabetes. Dialogues in clinical neuroscience.
- Schmid-Ott, G. Schallmayer, S. Calliess, IT.(2007). *Quality of life in patients with psoriasis and psoriasis arthritis with a special focus on stigmatization experience*. Clin Dermato;25(6): 547-54
- Sinclair, AJ. Abdelhafiz, AH.(2023). *Metabolic Impact of Frailty Changes Diabetes Trajectory*. Metabolites. 13(2):295.
- Sun, H. Saedi, P. Karuranga, S. Pinkepank, M. Ogurtsova, K. Duncan, B. B. Magliano, D. J. (2022). *IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045*. Diabetes research and clinical practice, 183, 109119.
- World Health Organization (WHO).(2016). *Diabetes Iran (Islamic Republic of) country profile*. [Internet]. Available from: [https://www.who.int/publications/m/item/diabetesirn-country-profile-iran-\(islamic-republic-of\)](https://www.who.int/publications/m/item/diabetesirn-country-profile-iran-(islamic-republic-of)).
- Walker, J. Colhoun, H. Livingstone, S. McCrimmon, R. Petrie, J. Sattar, N., wild, S. *Scottish Diabetes Research Network Epidemiology Group*. (2018). Type 2 diabetes, socioeconomic status and life expectancy in Scotland (2012–2014): a population-based observational study. Diabetologia, 61, 108-116.

The effectiveness of life therapy on passion for life, life expectancy and general and specific adherence women with diabetes type II

Fatemeh Talebi¹ Ramezan Hassanzadeh²

Abstract

The aim of the present study was to investigate the effectiveness of life therapy on enthusiasm for life, life expectancy, and general and specific follow-up in women with type 2 diabetes. The statistical population of the present study included all women with type 2 diabetes who referred to the specialized diabetes clinic Sari city in 1401 with a total of 42 people. To select a sample of 30 people who were diagnosed with type 2 diabetes and they met the criteria for entering the study, selected by purposeful sampling and were randomly divided into two groups of 15 people, control and experimental, then both groups underwent three stages of pre-test, post-test and follow-up questionnaires of passion for life and hope for life. And general and specific follow-up was provided to the subjects. Life therapy intervention for the experimental group was carried out for 8 sessions (group and weekly) of 90 minutes. There was no educational intervention for the control group. The data was analyzed using mixed variance analysis by SPSS software. The findings were praised. Life therapy in infertile women compared to Tert for the variables of passion for life ($F=14.318$ $p=0.001$ $\eta^2=0.338$), hope for life ($F=15.147$ $p=0.001$ $\eta^2=0.351$), overall adherence ($F=0.015$ $p=$, $F=6.663$ $\eta^2=0.119$) and specific follow-up ($p=0.004$, $F=9.697$ $\eta^2=0.257$) were effective and The result continued until the follow-up time, which can be used along with other medical treatment methods in diabetes clinics in order to reduce the needs and psychological problems of women with this disease.

Keywords: Life Therapy, Passion For Life, Life Expectancy, General And Specific Adherence, Type 2 Diabetes.

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

² Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran (Corresponding Author). rhassanzadehd@yahoo.com