

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ادراک بیماری و سرمایه روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

ابوطالب سعیدی^۱
شیددا جبل عاملی^۲
یوسف گرگی^۳
امران الله ابراهیمی^۴

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ادراک بیماری و سرمایه روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در شهرکرد در سال ۱۳۹۸ بوده است. در این پژوهش نیمه آزمایشی از طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل استفاده شد. بدین منظور ۳۰ نفر از افراد مبتلا به دیابت نوع دو که در انجمن دیابت شهرکرد پرونده داشتند با رعایت ملاک‌های ورود و خروج پژوهش با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایشی و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه ادراک بیماری (بردنت و همکاران، ۲۰۰۶) و سرمایه روانشناختی (مک گی، ۲۰۱۱) بود که توسط شرکت کنندگان تکمیل شدند سپس گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان شناختی رفتاری قرار گرفت و در نهایت داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری باعث بهبود ادراک بیماری در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شده است ($p < .05$). همچنین نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری باعث افزایش سرمایه روانشناختی و مولفه‌های آن در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شد ($p < .05$). مداخله گروهی شناختی رفتاری با پروتکل به کار گرفته شده در این مطالعه برای افزایش ادراک بیماری و سرمایه روانشناختی در جمعیت مبتلا به دیابت اثربخش بود و می‌توان از این روش در کنار درمان‌های دارویی برای بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بهره برد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش محدود بودن نمونه مورد بررسی از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو است که این تعداد نمی‌تواند معرف خوب و کافی برای جامعه باشد. بنابراین تعمیم دادن نتایج فقط به جامعه مورد نظر منطقی و امکان‌پذیر است، و برای سطوح دیگر باید با رعایت احتیاط این کار را انجام دهیم. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های خود گزارش دهی تهیه شده‌اند که ممکن است سوگیری‌های پاسخ‌دهی در آنان وجود داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: ادراک بیماری، سرمایه روانشناختی، درمان شناختی رفتاری، دیابت.

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران
Saeidi.sh95@gmail.com
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران (نویسنده مسئول).
Sh.jabalameli@yahoo.com
۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران
Gorji@iaukhsh.ac
۴. دانشیار، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
a_ebrahimi@med.mui.ac.ir

مقدمه

بیماری دیابت نوع دو^۱ به عنوان یک مشکل عمده در سلامت جهانی (بایری، راثو، الدا، مانتنا و تاتاوراتی^۲، ۲۰۲۰)، یکی از چالش‌برانگیزترین و پرخطرترین بیماری‌های مزمن در سراسر دنیا شناخته شده است (هاکت، کولی، مولای، استرانگ و راماجانران^۳، ۲۰۲۰) که بیش از ۹۰/۰ درصد از کل موارد تشخیص داده شده دیابت را به خود اختصاص داده است (موریسون^۴ و همکاران، ۲۰۱۹؛ گائو^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). بررسی سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ نشان می‌دهد که تعداد مبتلایان به دیابت در سراسر جهان بالغ بر ۱۷۱ میلیون نفر بوده است که تا سال ۲۰۳۰ میلادی به ۳۶۶ میلیون نفر خواهد رسید (احمدی، فروتن و علی‌نواز، ۱۳۹۴). بیشتر این افزایش که به رشد جمعیت، پیری، رژیم‌های ناسالم، چاقی و سبک زندگی بدون تحرک وابسته است، در کشورهای در حال توسعه اتفاق خواهد افتاد. همچنین بر مبنای پیش‌بینی کارشناسان سازمان جهانی بهداشت تعداد بیماران دیابتی نوع دو در ایران در سال ۲۰۲۵ میلادی به حدود ۵۱۲۵۰۰۰ نفر افزایش خواهد یافت (عزیزی و حدائق، ۱۳۹۴).

از عوامل مهم در تطابق و سازگاری با بیماری‌های مزمن از جمله دیابت، شناخت بیماران از بیماریشان تحت عنوان ادراک بیماری یا بازنمایی شناختی بیماری توسط افراد می‌باشد. مطالعات انجام شده بر روی بازنمایی ادراکی برگرفته از مدل لونتال هوارد (۱۹۸۰) است که یک مدل خود تنظیمی^۶ است و بیان می‌کند افراد در شرایط بیماری تجارب خود را حول پنج عنصر شکل می‌دهند ۱. هویت بیماری: شامل برجسب یا نامی که فرد برای توصیف بیماری خود و علائم ناشی از آن به کار می‌برد ۲. علت بیماری: باورهای اختصاصی هر فرد درباره علت درک شده بیماری که به لحاظ پزشکی ممکن است صحیح نباشد ۳. سیر بیماری: پیش‌بینی بیمار درباره اینکه بیماری چه مدت طول خواهد کشید، پیش‌رونده است یا ثابت ۴. پیامدها: باورهای فرد در مورد اینکه پیامدهای بیماری یا تأثیر آن بر جسم، روابط اجتماعی را هدف و آرزوهای او چگونه خواهد بود. ۵. درمان و کنترل پذیری بیماری: عقاید درباره اینکه آیا خود فرد و مراجع درمانی می‌توانند تأثیر بر بیماری را، دوره آن یا علائمش داشته باشد (مویس-موریس^۷ و همکاران، ۲۰۰۲). همچنین بر اساس این مدل، فرد نقشی پویا و فعال در ادراک بیماری خود ایفا می‌کند (فانگ^۸ و همکاران، ۲۰۲۰). پژوهش‌های متعددی به تفاوت‌های فردی در درک علائم بیماری تاکید دارند (پلولو^۹ و همکاران، ۲۰۱۹). در میان پژوهش‌های فراوانی که در سال‌های اخیر پیرامون سبب‌شناسی، سیر، پیش‌آگهی و درمان دیابت انجام شده است، عوامل روان‌شناختی مورد توجه خاص قرار گرفته‌اند، از جمله عوامل روان‌شناختی که مورد توجه پژوهشگران این حوزه قرار گرفته است، نقش و تأثیر مداخلات شناختی رفتاری بر بهبود بیماران دیابتی بوده

1. type 2 diabetes mellitus (T2DM)
2. Bairy, Rao, Edla, Manthena & Tatavarti
3. Hackett, Cole, Mulay, Strange & Ramachandran
4. Morrison
5. Guo
6. Self regulatory
7. Moss-Morris
8. Fang
9. Pelullo

است. مطالعات نشان داده‌اند نتایج درمان شناختی رفتاری، برای زمان طولانی بعد از درمان ادامه می‌یابد (نای^۱ و همکاران، ۲۰۱۸)، زیرا این درمان از مولفه‌های شناختی و رفتاری و نیز عوامل درمانی که در گروه درمانی مطرح است، سود می‌جوید (بو^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). فراتحلیل مطالعات انجام شده در دامنه‌ای از بیماری‌ها، مبانی نظری را تأیید می‌کند (فرازندگان و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین تحقیقات در ارتباط با بیماری‌های مزمن دیگر نشان می‌دهند که پیامدهای روان‌شناختی و پزشکی تحت تاثیر باورهای بیماران در مورد علائم، علت، اثرات و پیامدها، طول مدت، کنترل یا درمان بیماریشان همراه با سبک‌ها مقابله‌ای آنها است (جوهرانسون^۳ و همکاران، ۲۰۱۴). در زمینه سرمایه روان‌شناختی می‌توان ادعان داشت از نظر لوتانز، سرمایه روان‌شناختی بر فعالیت‌هایی تمرکز دارد که منجر به رفاه افراد، ساخت افراد مثبت، شکوفا ساختن جوامع و عدالت اجتماعی می‌شود. تصویری که روانشناسان مثبت‌گرا از طبیعت انسان به دست می‌دهند، خوش‌بینانه و امیدبخش است؛ زیرا آن‌ها به قابلیت گسترش، پرورش، شکوفایی و کمال انسان و تبدیل شدن به آنچه در توان آدمی است، باور دارند (بیتمیس و ارجنلی^۴، ۲۰۱۵). بنابراین سرمایه روان‌شناختی، سازه‌ای ترکیبی و به هم پیوسته است که چهار مؤلفه ادراکی-شناختی یعنی خوش‌بینی، تاب‌آوری، امید و خودکارآمدی را در بردارد (لی و چو^۵، ۲۰۱۶). خوش‌بینی سبک تفسیری است که اتفاقات مثبت را به علل دائمی، شخصی و فراگیر و اتفاقات منفی را به علل خارجی، موقتی و شرایط خاص نسبت می‌دهد (نیومن، نیلسن، اسمیت و هیرست^۶، ۲۰۱۸). تاب‌آوری، طبقه‌ای از پدیده‌هایی که با الگویی از انطباق‌پذیری مثبت در زمینه مشکلات و مخاطرات قابل ملاحظه، مشخص شده است (جورجیو و نیکولائو^۷، ۲۰۱۹). امیدواری، وضعیت مثبت انگیزشی مبتنی بر یک سائق کنش‌گرایانه احساس موفقیت پویایی و احساس موفقیت راهکارها است (هارگرو، کازا و مک‌کارت^۸، ۲۰۱۹) و در نهایت خودکارآمدی، اعتقاد راسخ فرد بر توانایی‌هایش برای بسیج منابع انگیزشی و شناختی و راهکارهای موردنیاز برای اجرای موفقیت‌های معین می‌باشد (بندورا^۹، ۱۹۹۷). در واقع این مؤلفه‌ها، در یک فرایند تعاملی و ارزشیابانه، به زندگی فرد معنا بخشید، تلاش فرد برای تغییر موقعیت‌های فشارزا را تداوم داد، او را برای ورود به صحنه عمل آماده نموده و مقاومت و سرسختی وی را در تحقق اهداف، تضمین می‌کند (وو و چن^{۱۰}، ۲۰۱۸). در تحقیقات متعدد به ارتباط بین خودکارآمدی، خوش‌بینی، تاب‌آوری در بیماران دیابت اشاره شده است، به عنوان مثال لاتویا^{۱۱} (۲۰۱۳) در بررسی منابع روانشناسی مثبت‌نگر چنین بیان کرده است که بین خودکارآمدی، تاب‌آوری، خوش‌بینی در

1. Nie
2. Boo
3. Johansen
4. Bitmiş & Ergeneli
5. Lee & Chu
6. Newman, Nielsen, Smyth & Hirst
7. Georgiou & Nikolaou
8. Hargrove, Caza & McCarter
9. Bandura
10. Wu & Chen
11. Latvia

بیماران مبتلا به دیابت رابطه وجود دارد.

یکی از درمان‌هایی که باعث بهبود ادراک بیماری و سرمایه روانشناختی در بیماران مبتلا به دیابت نوع می شود درمان شناختی رفتاری است (افشاری، ۱۳۹۷). درمان شناختی-رفتاری سال‌هاست که برای درمان اختلالات از جمله اضطراب^۱، افسردگی^۲، ترس^۳ و غیره مورد استفاده قرار می‌گیرد و شواهد قوی‌ای وجود دارد که درمان شناختی-رفتاری اثرات قابل توجهی را بر بهبود مشکلات بیماران به دیابت نوع ۲ دارد (جسی، کریدی و آندرسون^۴، ۲۰۱۹). اساس نظریه شناختی رفتاری این است که رفتار و شناخت‌های مشکل‌زا بر اساس انواع خاصی از الگوهای تکراری تعامل یاد گرفته می‌شوند و تداوم می‌یابند (بک، ۲۰۱۹). گروه درمانی شناختی-رفتاری می‌تواند به عنوان درمانی تعریف شود که علاوه بر فنون مشترک درمان شناختی-رفتاری برای تغییر اختلالات، ناسازگاری‌ها و بدکارکردی عقادی، ادراک‌ها، رفتارها و نگرش‌ها از شیوه گروهی پویا استفاده می‌کند. گروه درمانی شناختی-رفتاری مستقیماً از نوع فردی آن نشأت گرفته است (هاگن^۵، ۲۰۰۸؛ به نقل از اکبری، ۱۳۹۸). در روش رفتار درمانی شناختی تلاش می‌شود به بیمار کمک گردد تا بتواند افکار و تصوراتش را در مورد مشکلات و ناراحتی‌های زندگی ارزیابی کند. آنها را با واقعیت‌های عینی بسنجد، تحریف‌های شناختی خود را تصحیح نماید، آنگاه یافته‌ها را تعدیل شده خود را که همان شناخت جدید می‌باشد درباره خود، جهان و آینده بدست آورد و تصورات ناکارآمد را کاهش دهد. حوزه رفتار درمانی شناختی شامل شناخت افکار منفی و نحوه مقابله با آنها هم می‌باشد (جسی و همکاران، ۲۰۱۹). در همین رابطه کومینگس^۶ و همکاران (۲۰۱۹) با هدف بررسی مداخله شناختی-رفتاری بر دیابت نوع ۲ همبود با افسردگی یا پریشانی مرتبط با رژیم غذایی نشان دادند که مداخله شناختی-رفتاری می‌تواند بر کاهش افسردگی یا پریشانی مرتبط با رژیم غذایی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ موثر باشد. کلارک^۷ و همکاران (۲۰۱۹) نیز با هدف بررسی مداخله شناختی-رفتاری مبتنی بر وب بر بهبود کارکردهای اجتماعی و شغلی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ نشان دادند که مداخله شناختی-رفتاری مبتنی بر وب می‌تواند منجر به بهبود کارکردهای اجتماعی و شغلی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ شود. گائو^۸ و همکاران (۲۰۲۰) نیز با هدف بررسی امکان سنجی و اثربخشی مداخله مدیریت خود با تاکید بر درمان شناختی رفتاری بر بهبود مهارت‌های خودمدیریتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ نشان دادند که مداخله مدیریت خود بر بهبود مهارت‌های خودمدیریتی و ادراک بیماری در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ موثر بوده است. همچنین بعد از ۱۲ ماه تفاوت معناداری در میزان قندخون افراد تحت آموزش با گروهی که آموزش ندیده بودند وجود داشت.

در اهمیت این پژوهش می‌توان گفت که تعداد افراد مبتلا به دیابت نوع دو رو به افزایش است و

1. anxiety
2. depression
3. phobias
4. Jesse, Creedy & Anderson
5. Hagen
6. Cummings
7. Clarke
8. Guo

این بیماری مزمن باعث مشکلاتی در زندگی روزمره آنان می‌شود، لذا استفاده از روش‌های درمانی برای کمک به این افراد امری ضروری است. همچنین با توجه به مرور پیشینه، مطالعات کمتری به بررسی چنین پژوهشی در افراد مبتلا به دیابت انجام شده است، لذا در این پژوهش تلاش می‌شود این خلاء پژوهشی تکمیل شود. لذا هدف این پژوهش، تعیین تاثیر مداخله شناختی رفتاری بر ادراک بیماری و سرمایه روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم انجمن دیابت شهرکرد در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. بر اساس نظر دلاور (۱۳۸۷) حداقل حجم نمونه لازم برای انجام پژوهش‌های مداخله‌ای حداقل ۱۵ نفر می‌باشند. لذا در این پژوهش ۳۰ بیمار با روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شد. گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری در ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش دید و گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماند. روند اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از هماهنگی با انجمن دیابت شهرکرد، و با توجه به معیارهای ورود و خروج از مطالعه نمونه‌ها انتخاب گردید. معیارهای ورود به پژوهش شامل مردان و زنان مبتلا به دیابت نوع دو، عدم ابتلا به بیماری روانپزشکی طبق معیارهای DSM۵، فقدان آمپوتاسیون (قطع عضو) و نقص عضو، عدم استفاده از داروهای روانپزشکی، تحصیلات حداقل دیپلم، سن ۲۰ تا ۵۰ سال، عدم دریافت هرگونه برنامه آموزشی دیگر قبل و در حین انجام مداخله‌ها، رضایت برای شرکت در مطالعه بود. داشتن دیابت نوع یک یا دیابت دوران حاملگی، آزمودنی به طور منظم در تمام کلاس‌ها حضور پیدا نکند و یا به هر دلیلی بیمار تمایلی به ادامه شرکت در پژوهش نداشته باشد نیز به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد. قبل از ورود بیماران به پژوهش در مورد چگونگی طرح و اهداف مداخله‌ها داده شد و از شرکت کنندگانی که تمایل به حضور در پژوهش داشته باشند رضایت نامه کتبی اخذ گردید. قبل از شروع درمان‌ها سطوح هموگلوبین گلیکوزیله آنها ارزیابی و ثبت شد همچنین میزان ادراک بیماری و سرمایه روانشناختی شرکت‌کننده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. در پایان هر جلسه از جلسات مداخله شناختی رفتاری به مراجعان تکالیف مناسبی داده شد و در ابتدای جلسه بعد مرور شده و به آنها بازخورد سازنده داده شد. لازم به ذکر است توضیحات لازم در مورد آگاهی از اهداف مطالعه، مشارکت داوطلبانه، رعایت حریم خصوصی، حفظ اسرار، عدم ثبت مشخصات شناسایی، حق انصراف از ادامه در همه مراحل جمع‌آوری داده‌ها در مطالعه ارائه و رضایت آن‌ها برای شرکت در مطالعه و تایید کمیته اخلاق و درجه کد کمیته اخلاق (IR.IAU.NAJAFABAD.REC.۱۰۴، ۱۳۹۸)، نیز اخذ شد. جلسات درمان‌های شناختی رفتاری در جدول (۱) آورده شده است.

ابزارهای پژوهش

الف. پرسشنامه ادراک بیماری بردبنت و همکاران (۲۰۰۶) (IPQ): پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری یک پرسشنامه ۹ سوالی است که برای ارزیابی تجسم عاطفی و شناختی بیماری طراحی شده

است (بردبنت، پتريه، مين و وينمن، ۲۰۰۶). سوال ها به ترتيب پي آمدها، طول مدت، كنترل شخصي، كنترل درمان، ماهيت، نگراني، شناخت بيماري، پاسخ عاطفي و علت بيماري را مي سنجند. دامنه نمرات ۸ سوال اول از ۱ تا ۱۰ است. سوال ۹ پاسخ باز بوده و سه علت عمده ابتلا به ديابت را به ترتيب مورد سوال قرار مي دهد. در تحليل نهايي توصيه شده است كه هر يك از زيرمقياس ها به طور جداگانه مورد تحليل قرار گيرند. آلفاي كرونباخ براي اين پرسشنامه ۰/۸۰ و ضريب پايي با آزمايي به فاصله ۶ هفته براي سوالات مختلف، از ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش شده است. روايي همزمان مقياس با پرسشنامه ادراك بيماري تجديد نظر شده در نمونه اي از بيماران مبتلا به آسم، ديابت و بيماري كليوي، نشان دهنده همبستگي زيرمقياس ها از ۰/۳۲ تا ۰/۶۳ است. همچنين همبستگي نمرات زيرمقياس هاي مقياس مذكور با خودكارآمدي خاص بيماران مبتلا به ديابت ۰/۶۰ تا ۰/۶۷ و خودكارآمدي بيماران مبتلا به آسم ۰/۴۷ تا ۰/۵۳ به دست آمد. روايي تفكيكي پرسشنامه کوتاه ادراك بيماري از طريق مقايسه نمره هاي بيماران مبتلا به ديابت، آسم، درد قفسه سينه و سرماخوردگي محاسبه شد و مورد تاييد قرار گرفت (بردبنت و همكاران، ۲۰۰۶). در پژوهش بزازيان و بشارت (۱۳۸۹)، آلفاي كرونباخ كل پرسشنامه ۰/۹۱ به دست آمد. در پژوهش حاضر نيز آلفاي كرونباخ كل پرسشنامه ۰/۸۷ گزارش شد.

ب. پرسشنامه سرمايه روانشناختي مك گي (۲۰۱۱) (PCQ): براي سنجش سرمايه روانشناختي از پرسشنامه بيست و چهار سوالی كه توسط مك گي (۲۰۱۱)؛ به نقل از گل پرور، جعفري و جواديان، (۱۳۹۲) با چهار خرده مقياس خودكارآمدي، اميدواري، تاب آوري و خوش بيني ارائه شده، استفاده خواهد شد. مقياس پاسخگويي استفاده شده در اين پژوهش براي اين پرسشنامه شش درجه اي (كاملا مخالفم = ۱ تا كاملا موافقم = ۶) است. مك گي (۲۰۱۱)؛ به نقل از گل پرور و همكاران، (۱۳۹۲) روايي و پايي اين پرسشنامه را همراه با فرم هاي بيست و پنج و دوازده سوالی سرمايه روانشناختي بررسي و شواهدی از روايي و پايي اين پرسشنامه ارائه کرده است. براي نمونه مك گي (۲۰۱۱) به عنوان شواهدی از روايي هم زمان اين پرسشنامه با نسخ ديگر پرسشنامه سرمايه روانشناختي، بين سرمايه روانشناختي با خودكارآمدي همبستگي مثبت و معنادار بين ۰/۴۸ تا ۰/۵۴، با اميدواري همبستگي مثبت و معنادار بين ۰/۴۰ تا ۰/۶۱، با تاب آوري همبستگي مثبت و معنادار بين ۰/۴۸ تا ۰/۵۵ و با خوش بيني همبستگي مثبت و معنادار بين ۰/۴۷ تا ۰/۵۰ را گزارش کرده است. روايي صوري اين پرسشنامه نيز بررسي و تاييد شده است (گل پرور و همكاران، ۱۳۹۲). در پژوهش گل پرور و همكاران (۱۳۹۲) تحليل عاملی اکتشافی با چرخش واريماكس بر روی ۲۶ سوال اين پرسشنامه همان چهار عامل معرفي شده در پرسشنامه اصلي را به دست داده و آلفاي كرونباخ به ترتيب براي خودكارآمدي، اميدواري، تاب آوري و خوش بيني برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۹، ۰/۸۳ و ۰/۷۰ به دست آمده است. در پژوهش حاضر نيز آلفاي كرونباخ كل پرسشنامه ۰/۸۱ گزارش شد.

1. Psychological Capital Questionnaire

جدول ۱. محتوای جلسات درمان شناختی رفتاری

جلسه	عنوان	محتوای جلسه
اول	آشنایی و آموزش اولیه	۱. معرفی اعضا و آشنایی با اصول و قوانین گروه درمانی شناختی-رفتاری، ۲. ارائه اطلاعات پایه در مورد درمان شناختی-رفتاری، ۳. جنبه‌های روانشناختی دیابت و نقش باور افکار و شناخت‌های بیماری در کیفیت زندگی، خودمراقبتی، سرمایه روانشناختی بیماران دیابت
دوم	افکار، احساسات، رفتار	۱. توضیح درباره افکار، احساسات و رفتار، ۲. تفاوت رفتار، احساسات، افکار، ۳. سبک‌های ناکارآمدتفکر، بیان خطاهای شناختی، ۴. توضیح کاربرد بازسازی افکار
سوم	بازسازی افکار	۱. مروری بر تکلیف جلسه قبل، ۲. تشریح چهار گام بازسازی افکار (شناسایی افکار، ارزیابی افکار، ارزیابی افکار، تغییر افکار، تعیین اثرات افکار اصلاح شده)، ۳. توزیع مجدد کاربرد بازسازی افکار
چهارم	نشانه‌ها و زنجیره‌ها	۱. بررسی تکلیف جلسه قبل، ۲. بررسی زنجیره علت، پاسخ، پیامد، ۳. بیان راهبردهای برای شکستن زنجیره مخرب، ۴. ارائه تکلیف
پنجم	جرأت‌ورزی	۱. بررسی تکلیف قبل، ۲. تعریف رفتار جرأت‌مندانه، ۳. تصور موقعیتی که در آن رفتار جرأت‌مندانه داشتن مشکل است، ۴. خودگویی‌های پیشنهادی برای افزایش جرأت‌ورزی، ۵. نمونه‌ای از افکار خودگویی‌های منفی که مانع جرأت‌ورزی می‌شود
ششم	تکانشگری، خودکنترلی و بالا بردن خلق	۱. تعریف تکانه و بحث در مورد مدیریت تکانش‌ها و راه‌هایی برای خودکنترلی بیشتر، ۲. راهکارهایی در مورد بالا بردن خلق و افزایش رویدادهای خوشایند، ۳. توزیع کاربرد فعالیت‌های خوشایند
هفتم	مدیریت حل مسأله و آموزش تن آرامی	۱. بررسی تکلیف جلسه قبل، ۲. توضیح در مورد استرس و اثرات آن بر دیابت، ۳. مدیریت استرس و راهکارهای حل مسأله، ۴. آموزش آرام‌سازی عضلانی
هشتم	عزت نفس	۱. بررسی تکلیف جلسه قبل، ۲. تعریف عزت نفس، ۳. بیان اینکه چگونه ارزیابی منفی موجب عزت نفس پایین می‌شود، ۴. راهبرد‌هایی برای بهبود عزت نفس، ۵. توزیع کاربرد خودانگاره
نهم	پیشگیری از عود	۱. بررسی تکلیف جلسه قبل، ۲. برنامه ریزی برای پیشگیری از عود، ۳. بیان ضرورت تمرین مهارت‌های کسب شده در طول جلسات، ۴. ارزیابی پیشرفت کار و مهارت کسب شده

تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار *spss ۲۴* در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت.

یافته‌ها

در این بخش ابتدا توصیفی آماری از ادراک بیماری و سرمایه روانشناختی به عمل آمده، بر این اساس میانگین و انحراف معیار نمرات ادراک بیماری در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل گزارش می‌شود.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار ادراک بیماری و مولفه‌های سرمایه روانشناختی به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

مولفه	گروه	شاخص	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
ادراک از بیماری	درمان شناختی رفتاری (CBT)	میانگین	۴,۲۷	۷,۲۰
		انحراف معیار	۰,۲۲	۰,۵۴
	کنترل	میانگین	۴,۳۳	۴,۲۷
		انحراف معیار	۰,۲۲	۰,۱۵
خودکارآمدی	درمان شناختی رفتاری (CBT)	میانگین	۲,۴۳	۳,۷۷
		انحراف معیار	۰,۳۳	۰,۱۴
	کنترل	میانگین	۲,۴۰	۲,۴۰
		انحراف معیار	۰,۱۸	۰,۰۹
امیدواری	درمان شناختی رفتاری (CBT)	میانگین	۲,۳۳	۴,۰۰
		انحراف معیار	۰,۳۷	۰,۱۸
	کنترل	میانگین	۲,۳۰	۲,۴۳
		انحراف معیار	۰,۱۴	۰,۱۳
تاب‌آوری	درمان شناختی رفتاری (CBT)	میانگین	۲,۷۷	۳,۵۷
		انحراف معیار	۰,۳۲	۰,۲۲
	کنترل	میانگین	۲,۸۳	۲,۷۰
		انحراف معیار	۰,۲۹	۰,۲۰
خوش‌بینی	درمان شناختی رفتاری (CBT)	میانگین	۲,۴۷	۳,۷۰
		انحراف معیار	۰,۳۴	۰,۳۵
	کنترل	میانگین	۲,۴۳	۲,۵۳
		انحراف معیار	۰,۱۶	۰,۱۷

همچنان که ملاحظه می‌شود میانگین در گروه آزمایش (درمان شناختی رفتاری) در مرحله پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون افزایش نشان می‌دهد. براساس نتایج مندرج در جدول، می‌توان به این توصیف دست زد که درمان شناختی رفتاری باعث افزایش ادراک از بیماری و سرمایه روانشناختی و مولفه‌های آن در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شده است. در این بخش با توجه به همسانی واریانس نمرات و نرمال بودن توزیع نمرات و حجم مساوی گروه آزمایش و کنترل برای آزمون معناداری تفاوت مشاهده‌شده بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون و کنترل اثر نمره‌ها پیش‌آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده شد. در مورد فرضیه اول ابتدا مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون توسط آزمون F مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون نشان داد که می‌توان فرض همگنی شیب‌های رگرسیون را در دو گروه کنترل و آزمایش پذیرفت ($F=۰/۸۵$ ، $df=۱$ ، $p=۰/۳۷$).

جدول ۳. آزمون‌های چندمتغیره

اثر	آزمون	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	Sig	ایتای جزئی مربع
	اثربیلا	۰,۶۸۳	۱۳,۴۹۶	۴	۲۵	۰,۰۰۰	۰,۶۸۳
تفاوت سه گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون	لانداى ويلكس	۰,۳۱۷	۱۳,۴۹۶	۴	۲۵	۰,۰۰۰	۰,۶۸۳
	اثرهتلینگ	۲,۱۵۹	۱۳,۴۹۶	۴	۲۵	۰,۰۰۰	۰,۶۸۳
	بزرگترین ریشه روی	۲,۱۵۹	۱۳,۴۹۶	۴	۲۵	۰,۰۰۰	۰,۶۸۳

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد پس از حذف اثر پیش‌آزمون با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره، یک اثر معنی‌دار برای عامل گروه «متغیر مستقل» وجود دارد. این اثر نشان می‌دهد که حداقل بین یکی از متغیرهای کیفیت زندگی، خودمراقبتی، ادراک بیماری و سرمایه روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو که تحت روش درمان شناختی-رفتاری بوده‌اند، با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد (لانداى ويلكس = ۰,۳۱۷، $p < ۰,۰۵$).

جدول ۴. آزمون اثرات بین‌گروهی

منبع	متغیر	مجموع مربعات نوع ۳	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	سطح معناداری	ایتای جزئی مربع
مدل تصحیح شده	ادراک بیماری	۶۴,۵۳۳	۱	۶۴,۵۳۳	۲۷,۰۳۶	۰,۰۰۰	۰,۴۹۱
	سرمایه روانشناختی	۱۱,۵۶۳	۱	۱۱,۵۶۳	۵۳,۳۱۳	۰,۰۰۰	۰,۶۵۶
عرض از مبدا	ادراک بیماری	۹۸۶,۱۳۳	۱	۹۸۶,۱۳۳	۴۱۳,۱۴۳	۰,۰۰۰	۰,۹۳۷
	سرمایه روانشناختی	۲۹۵,۳۱۷	۱	۲۹۵,۳۱۷	۱۳۶۱,۶۰۰	۰,۰۰۰	۰,۹۸۰
گروه	ادراک بیماری	۶۴,۵۳۳	۱	۶۴,۵۳۳	۲۷,۰۳۶	۰,۰۰۰	۰,۴۹۱
	سرمایه روانشناختی	۱۱,۵۶۳	۱	۱۱,۵۶۳	۵۳,۳۱۳	۰,۰۰۰	۰,۶۵۶
خطا	ادراک بیماری	۶۶,۸۳۳	۲۸	۲,۳۸۷			
	سرمایه روانشناختی	۶,۰۷۳	۲۸	۰,۲۱۷			
مجموع	ادراک بیماری	۱۱۱۷,۵۰۰	۳۰				
	سرمایه روانشناختی	۳۱۲,۹۵۳	۳۰				
مجموع تصحیح شده	ادراک بیماری	۱۳۱,۳۶۷	۲۹				
	سرمایه روانشناختی	۱۷,۶۳۶	۲۹				

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، با حذف تاثیر متغیر پیش‌آزمون، فرضیه اصلی دوم مبنی بر وجود تفاوت معنادار در متغیرهای ادراک بیماری و سرمایه روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تحت روش درمان شناختی-رفتاری نسبت به گروه کنترل، تایید می‌گردد. همانگونه که از نتایج جدول ۴ ملاحظه می‌گردد، سطح معناداری حاصل شده برای ادراک بیماری و سرمایه روانشناختی در مقایسه با سطح معناداری به دست آمده از اصلاح بنفرونی کوچکتر می‌باشد. در نتیجه با توجه به میانگین‌های حاصل شده، می‌توان گفت با ۹۵ درصد اطمینان ادراک بیماری و سرمایه روانشناختی تحت روش درمان شناختی-رفتاری نسبت به گروه کنترل تغییر داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ادراک بیماری و سرمایه روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر ادراک بیماری در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو اثربخش است. نتایج پژوهش با یافته‌های صمدزاده و صالحی (۱۳۹۸)، حمزه پور حقیقی و همکاران (۱۳۹۴)، پترک و همکاران (۲۰۱۵) و هرمانس و همکاران (۲۰۱۵) همخوانی دارد. در مطالعه اندریا و همکاران (۲۰۲۰) بیماران پس از شرکت در یک برنامه درمانی چند مولفه‌ای رفتاری، طبق ادراک خودشان مقابله بهتری با بیماری داشته و استرس کمتری را در ارتباط با بیماری خود احساس می‌نمودند. ادراک بیماری مورد سنجش در این پژوهش در حقیقت دو مولفه اصلی داشت: بازنمایی شناختی بیماری و بازنمایی هیجانی بیماری. بازنمایی شناختی بیماری مواردی مانند شناسایی بیماری، مدت زمان طول کشیدن بیماری از نظر بیمار، پیامدهای بیماری از نظر بیمار، میزان کنترلی که بیمار بر روی بیماری خویش می‌کند و میزان کنترلی که وی بر درمان بیماری خویش حس می‌کند را در بر می‌گیرد. بازنمایی هیجانی بیماری نگرانی‌ها و دغدغه‌های بیمار نسبت به بیماری خود و نیز عواطف و هیجاناتی را که نسبت به بیماری خود حس می‌کند در بر می‌گیرد. شیوه درمان شناختی رفتاری استفاده شده در این پژوهش فضایی برای ابزارگری هیجانی و بیان هیجاناتی که بیمار نسبت به بیماری خود احساس می‌کند فراهم کند. هم‌چنین در فضای گروهی که از جمع بیماران مشابه تشکیل شده بود و سوابق بیماری افراد متفاوت بود، بیماران مبتلا، بیماران دیگر را مشاهده نموده و راجع به عوارض و پیامدهای احتمالی بیماری در سال‌های آینده اطلاعاتی کسب کردند. هم‌چنین در موارد لازم پژوهشگر بر اساس منابع و مدارک علمی موجود اطلاعات صحیح را تا حد ممکن در اختیار بیماران قرار می‌داد و همه این موارد به اصلاح ادراک بیمارگون بیماران و تصحیح بازنمایی‌های منفی شناختی و هیجانی منجر می‌شد. هم‌چنین بیماران با کسب مهارت‌های پیش‌گفته و بالا رفتن احساس خودکارآمدی، کنترل شخصی خویش را بر بیماری خود بهتر ارزیابی می‌نمودند و با پذیرفتن نقش فعالانه در درمان خویش نسبت به زمانی که فقط دارو مصرف می‌نمودند، کنترل بیشتری بر فرایند درمانی خود احساس می‌نمودند. بنابراین کاهش ادراک بیماری پس از شرکت در مداخلات نتیجه مطلوب مورد انتظار بود.

همچنین نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری باعث افزایش سرمایه روانشناختی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شده است. نتایج پژوهش با یافته‌های ولیدی پاک و همکاران (۱۳۹۴)، زارعی و ویسانی (۱۳۹۶) همخوانی دارد. در راستای نتایج بدست آمده نتایج پژوهش خوش‌لهجه صدق و ابوالمعالی‌الحسینی (۱۳۹۵)، نشان داد که درمان شناختی رفتاری در افزایش مولفه‌های سرمایه روانشناختی (امید، خوش‌بینی، تاب‌آوری و خودکارآمدی) بیماران موثر بوده است. هم‌چنین نتایج پژوهش وطن‌خواه امجد و همکاران (۱۳۹۷) نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر سرمایه روانشناختی افراد دارای درد مزمن اثربخش بود. از جمله مهمترین مولفه‌های ذکر شده برای سرمایه روانشناختی، توانایی مقابله موثر با چالش‌ها و موقعیت‌های استرس‌زا است که یکی از مهمترین انواع این مقابله، معنادهی و تعبیر مناسب موقعیت‌ها می‌یابد. دستیابی به این توانمندی هدف اصلی رویکرد شناختی رفتاری است، چرا که فرض اصلی این

رویکرد این است که با تغییر شناخت‌ها، کل نظام رفتاری و هیجانی یک فرد، تغییر خواهد کرد. در این رویکرد، فرد کنترل نظام روانشناختی خود را از سیطره عوامل نیمه‌هشیار همچون افکار خودکار منفی، خارج کرده و به صورت هشیارانه و فعال، به تعیین نظام خلقی و رفتاری خود، از طریق کنترل مستقیم نظام شناختی خویش، می‌پردازد. این فرض رویکردهای شناختی رفتاری امروزه در پی پژوهش‌های متعدد، کاملاً مورد تایید و توافق نظریه پردازان در حوزه سلامت روان و سرمایه روانشناختی قرار گرفته است. بنابراین با قبول این فرض، بدیهی و قابل انتظار خواهد بود که شناسایی و تضعیف شناخت‌های ناکارآمد و نیز جایگزین ساختن شناخت‌هایی سازگارانه‌تر کارآمدتر می‌تواند به ارتقاء سطح کلی سرمایه روانشناختی در بیماران مبتلا به دیابت بیانجامد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش محدود بودن نمونه مورد بررسی از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو است که این تعداد نمی‌تواند معرف خوب و کافی برای جامعه باشد. بنابراین تعمیم دادن نتایج فقط به جامعه موردنظر منطقی و امکان‌پذیر است، و برای سطوح دیگر باید با رعایت احتیاط این کار را انجام دهیم. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های خود گزارش‌دهی تهیه شده‌اند که ممکن است سوگیری‌های پاسخ‌دهی در آنان وجود داشته باشد. پیشنهاد می‌شود از درمان شناختی رفتاری به منظور افزایش یادگیری مهارت‌های درست اندیشیدن و قضاوت در مورد بیماری دیابت و مقابله با تفکرات غیرواقع‌بینانه نسبت به این بیماری کمک گرفت. مشاوران و درمانگران مراکز و کلینیک‌های دیابت، می‌توانند از رویکرد درمانی شناختی رفتاری، در گروه‌های درمانی و کلاس‌های آموزشی خود جهت بهبود رفتارهای اصولی مراقبت، دلسرد نشدن و ادامه دادن درمان و در نتیجه افزایش سلامت جسمی بیماران دیابتی بهره‌برند. همچنین با توجه به یافته‌های پژوهش انجام شده، خدمات مشاوره در زمینه مشکلات فردی و گروهی یکی از نیازهای ضروری این بیماران است و ارائه خدمات مشاوره باید به طور دائم در دسترس بیماران باشد، همچنین وزارت بهداشت باید به نیاز اساسی بیماران توجه کند و مراکز را برای ارائه خدمات مشاوره و روانشناختی به بیماران و خانواده‌های آنها اختصاص دهد.

منابع

- احمدی، رحیم؛ فروتن، مریم و علی‌نواز، مینا. (۱۳۹۴). بررسی مشخصات فردی، علایم بالینی شایع و سابقه رژیم غذایی مصرفی در مبتلایان به دیابت نوع یک و دیابت نوع دو در اسلامشهر تهران. مجله علوم پزشکی رازی، ۱۳۹ (۱۸)، ۱۰۲-۹۲.
- افشاری، علی. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب‌آوری زنان در سقط جنین مکرر. نشریه روان‌پرستاری، ۶ (۴)، ۱۷-۱۱.
- اکبری، زینب. (۱۳۹۸). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر خویشتن‌داری سوءمصرف‌کنندگان مواد مخدر: مراجعه‌کننده به مراکز اقامتی ترک اعتیاد (کمپ‌های) شهر تهران. مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۶ (۲)، ۷۴-۸۵.
- بزازیان، سعیده و بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۹). سبک‌های دلبستگی، ادارک بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع یک. روانشناسی معاصر، ۵ (۱)، ۱۱-۳.
- حمزه پور حقیقی، طاهره؛ دوستی، یارعلی؛ میرزائیان، بهرام و فخری، محمدکاظم. (۱۳۹۴). اثربخشی

درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر ادراک بیماری و ادراک درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ۲۰ (۱۱)، ۴۵-۵۷.

خوش لهجه صدق، انیس و ابوالمعالی الحسینی، خدیجه. (۱۳۹۵). اثربخشی درمانی شناختی رفتاری بر سرمایه روانشناختی در بیماران زن مبتلا به بیماری ام اس. اولین همایش روان درمانی شناختی رفتاری، تهران.

زارعی، سیدصادق و ویسانی، مختار. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری در بیماران مبتلا به عفونت اچ آی وی مثبت. کنفرانس ملی پژوهش های نوین در مدیریت، اقتصاد و علوم انسانی، کازرون.

صمدزاده، افسانه و صالحی، مهدیه. (۱۳۹۸). تاثیر درمان شناختی رفتاری بر رفتارهای خودمراقبتی، خودکارآمدی و بهزیستی روان شناختی بیماران دیابتی. همایش بین المللی روان شناسی بالینی، ارزیابی، تشخیصی و درمان، تهران.

عزیزی، فروتن و حدایق، فرزاد. (۱۳۹۴). سیر صعودی دیابت و پیش دیابت در ایران. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران، ۱۷ (۱)، ۱۳-۱.

گل پرور، محسن و میرزایی، زینت. (۱۳۹۵). الگوی ساختاری تاثیر سرمایه روانشناختی بر موفقیت مسیر شغلی با توجه به نقش میانجی تعهد و رضایت. پژوهشنامه روانشناسی مثبت، ۲ (۲)، ۸۱-۹۴.

وطن خواه امجد، فرزانه؛ علی اکبری دهکردی، مهناز و آخوندی، نیلا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سرمایه روانشناختی افراد دارای درد مزمن. اولین کنفرانس بین المللی علوم اجتماعی، تربیتی و علوم انسانی و روانشناسی، تهران.

ولیدی پاک، آذر؛ خالدی، شادیه و معینی منش، کیومرث. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر افزایش خوش بینی در زنان باردار دیابتی. مجله روانشناسی سلامت، ۴ (۱۴)، ۶۲-۷۸.

- Andreae, S. J., Andreae, L. J., Richman, J. S., Cherrington, A. L., & Safford, M. M. (2020). Peer-delivered cognitive behavioral training to improve functioning in patients with diabetes: a cluster-randomized trial. *The Annals of Family Medicine*, 18(1), 15-23.
- Bairy, S., Rao, M. R., Edla, S. R., Manthana, S. R., & Tatavarti, N. G. D. (2020). Effect of an integrated naturopathy and yoga program on long-term glycemic control in type 2 diabetes mellitus patients: A prospective cohort study. *International Journal of Yoga*, 13(1), 42.
- Beck, A. T. (2019). A 60-year evolution of cognitive theory and therapy. *Perspectives on Psychological Science*, 14(1), 16-20.
- Bitmiş, M. G., & Ergeneli, A. (2015). How psychological capital influences burnout: the mediating role of job insecurity. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 207, 363-368.
- Boo, S., Oh, H., Froelicher, E. S., & Suh, C. H. (2017). Knowledge and perception of cardiovascular disease risk among patients with rheumatoid arthritis. *PloS one*, 12(4), e0176291.
- Clarke, J., Sanatkar, S., Baldwin, P. A., Fletcher, S., Gunn, J., Wilhelm, K., ... & Hadzi-Pavlovic, D. (2019). A Web-Based Cognitive Behavior Therapy Intervention to Improve Social and Occupational Functioning in Adults With Type 2 Diabetes (The Springboard

- Trial): Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*, 21(5), e12246.
- Cummings, D. M., Lutes, L. D., Littlewood, K., Solar, C., Carraway, M., Kirian, K., ... & Gatlin, P. (2019). Randomized Trial of a Tailored Cognitive Behavioral Intervention in Type 2 Diabetes With Comorbid Depressive and/or Regimen-Related Distress Symptoms: 12-Month Outcomes From COMRADE. *Diabetes care*, 42(5), 841-848.
- Fang, W. C., Chou, K. M., Sun, C. Y., Lee, C. C., Wu, I. W., Chen, Y. C., & Pan, H. C. (2020). Thermal Perception Abnormalities Can Predict Diabetic Kidney Disease in Type 2 Diabetes Mellitus Patients. *Kidney and Blood Pressure Research*, 45(6), 926-938.
- Farajzadegan, Z., Jafari, N., Nazer, S., Keyvanara, M., & Zamani, A. (2013). Social capital—a neglected issue in diabetes control: a cross-sectional survey in Iran. *Health & social care in the community*, 21(1), 98-103.
- Georgiou, K., & Nikolaou, I. (2019). The influence and development of psychological capital in the job search context. *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, 19(3), 391-409.
- Guo, Z., Liu, J., Zeng, H., He, G., Ren, X., & Guo, J. (2019). Feasibility and efficacy of nurse-led team management intervention for improving the self-management of type 2 diabetes patients in a Chinese community: a randomized controlled trial. *Patient preference and adherence*, 13, 1353.
- Guo, Z., Liu, J., Zeng, H., He, G., Ren, X., & Guo, J. (2019). Feasibility and efficacy of nurse-led team management intervention for improving the self-management of type 2 diabetes patients in a Chinese community: a randomized controlled trial. *Patient preference and adherence*, 13, 1353.
- Hackett, G., Cole, N., Mulay, A., Strange, R. C., & Ramachandran, S. (2020). Long-term testosterone therapy in type 2 diabetes is associated with decreasing waist circumference and improving erectile function. *The world journal of men's health*, 38(1), 68-77.
- Hargrove, D., Caza, A., & McCarter, M. W. (2019, July). Third-Party Effects of Psychological Capital: Observer Attributions and Responses. In *Academy of Management Proceedings* (Vol. 2019, No. 1, p. 18119). Briarcliff Manor, NY 10510: Academy of Management.
- Hermanns, N., Schmitt, A., Gahr, A., Herder, C., Nowotny, B., Roden, M., ... & Kulzer, B. (2015). The effect of a diabetes-specific cognitive behavioral treatment program (DIAMOS) for patients with diabetes and subclinical depression: results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 38(4), 551-560.
- Jesse, C. D., Creedy, D. K., & Anderson, D. J. (2019). Effectiveness of psychological interventions for women with type 2 diabetes who are overweight or obese: a systematic review protocol. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, 17(3), 281-289.
- Johansen, C., Torenholt, R., Hommel, E., Wittrup, M., Cleal, B., & Willaing, I. (2014). Barriers to addressing psychological problems in diabetes: perspectives of diabetologists on routine diabetes consultations in Denmark. *J Psychol Psychother*, 4(2), 1-6.
- Latvia, R. (2013). Factors of resilience wisdom and self efficacy as positive resources of leaders in sample of latvian. *Problem Psychology*, 5, 96-107.

- Lee, C. H & Chu, K. K. (2016). Understanding the effect of positive psychological capital on hospitality intern's creativity for role performance. *International Journal of Organizational Innovation (Online)*, 8(4), 213.
- Morrison, A. E., Zaccardi, F., Chatterjee, S., Brady, E., Doherty, Y., Robertson, N., & Davies, M. J. (2019). Self-Compassion, Metabolic Control and Health Status in Individuals with Type 2 Diabetes: A UK Observational Study. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and health*, 17(1), 1-16.
- Newman, A., Nielsen, I., Smyth, R., & Hirst, G. (2018). Mediating role of Psychological capital in the relationship between social support and wellbeing of refugees. *International Migration*, 56(2), 117-132.
- Nie, R., Han, Y., Xu, J., Huang, Q., & Mao, J. (2018). Illness perception, risk perception and health promotion self-care behaviors among Chinese patient with type 2 diabetes: A cross-sectional survey. *Applied Nursing Research*, 39, 89-96.
- Pelullo, C. P., Rossiello, R., Nappi, R., Napolitano, F., & Di Giuseppe, G. (2019). Diabetes prevention: Knowledge and perception of risk among Italian population. *BioMed research international*, 2019.
- Petrak, F., Herpertz, S., Albus, C., Hermanns, N., Hiemke, C., Hiller, W., ... & Müller, M. J. (2015). Cognitive behavioral therapy versus sertraline in patients with depression and poorly controlled diabetes: the diabetes and depression (DAD) study: a randomized controlled multicenter trial. *Diabetes Care*, 38(5), 767-775.
- Wu, C. M., & Chen, T. J. (2018). Collective psychological capital: Linking shared leadership, organizational commitment, and creativity. *International Journal of Hospitality Management*, 74, 75-84.

The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on the perception of disease and psychological capital of patients with type 2 diabetes

¹A. Saeidi

²Sh. Jabalameli

³Y. Gorji

⁴A. Ebrahimi

Abstract

This study aimed to determine the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on the perception of disease and psychological capital of patients with type 2 diabetes in Shahrekord in 1398. Quasi-experimental study, pre-test and post-test with a control group were used. For this purpose, 30 people with type 2 diabetes who had a file in the Shahrekord Diabetes Association were selected through using purposive sampling using the inclusion and exclusion criteria of the study and randomly assigned to experimental and control groups (15 people in each group). Data collection tools included Disease Perception Questionnaire (Bradben et al., 2006) and Psychological Capital (McGee, 2011) which were completed by the participants. Then the experimental group underwent 8 sessions of 90 minutes of cognitive-behavioral therapy and finally the data were analyzed through covariance. The results showed that cognitive-behavioral therapy improved the perception of the disease in patients with type 2 diabetes ($p < 0.05$). The results also showed that cognitive-behavioral therapy increased psychological capital and its components in patients with type 2 diabetes ($p < 0.05$). The cognitive-behavioral group intervention with the protocol used in this study and it was effective in increasing the perception of disease and psychological capital in the population with diabetes that indicated this method can be used along with drug therapies for patients with type 2 diabetes. One of the limitations of this study is the limited sample of patients with type 2 diabetes, which can not be a good and sufficient indicator for the community. Therefore, generalizing the results only to the target community is logical and possible. For other levels, we must do so with caution. Data were prepared using self-report questionnaires that may have response biases.

Keywords: perception of disease, psychological capital, cognitive-behavioral therapy, diabetes.

1. PhD student of Clinical Psychology, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran (Corresponding Author).

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University of Khomeinishahr, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Iran.

4. Associate Professor, Department of Health Psychology, Medicine Faculty, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.