

The effect of cognitive behavioral therapy on happiness and mental health in patients with type II diabetes

Ashoori J¹ (Ph.D).

1- PhD of Psychology, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. **(Corresponding Author)**

Email: Jamal_ashoori@yahoo.com

Abstract

Introduction: Type 2 diabetes is one of the most common chronic patients which produce lots of limitation in patients' activities. Therefore in the recent years, promote happiness and mental health of these patients regarded by therapists. Cognitive behavioral therapy is a one common method to promote happiness and mental health. This research aimed to investigate the effect of cognitive behavioral therapy in improving happiness and mental health in patients with type 2 diabetes that referred to health care center of Varamin city.

Methods: This study was a queasy-experimental with a pre-test and post-test design. The statistical population included patients with type 2 diabetic that referred to health care center of Varamin city. From them 40 woman and man patients with type 2 diabetes were selected by simple randomly sampling method and randomly assigned to two groups. The experimental group 10 sessions of 70 minutes educated by cognitive behavioral therapy. All of groups completed the questionnaires of happiness and mental health as the pre-test and post-test. The data were analyzed with using of SPSS-19 software and by multivariate analysis of covariance and analysis of covariance methods.

Results: The findings showed average of happiness and mental health before and after intervention had a significant difference in the cognitive behavioral therapy and control groups ($P < 0/05$). On the other hand cognitive behavioral therapy led to significant increase happiness and mental health.

Conclusion: The results of this study showed that cognitive behavioral therapy method can increase happiness and mental health in patients with type 2 diabetes. Therefore, counselors and therapists can use this method for improve the happiness and mental health of this patients. In addition, suggested planners design programs to improve the happiness and mental health of patients with type 2 diabetes.

Key words: therapy, cognitive behavioral, happiness, mental health, diabetes.

Received: 28 February 2015

Accepted: 21 December 2015

تأثیر درمان شناختی رفتاری بر شادکامی و سلامت روان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

*جمال عاشوری^۱

۱- دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، گروه روانشناسی، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)
پست الکترونیکی: jamal_ashoori@yahoo.com

نشریه روان پرستاری، دوره ۳ شماره ۴ زمستان ۱۳۹۴ ۷۹-۷۱

چکیده

مقدمه: دیابت نوع دو یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن است که محدودیت‌های زیادی در فعالیت‌های بیماران ایجاد می‌کند. از این رو در سال‌های اخیر ارتقاء شادکامی و سلامت روان این بیماران مورد توجه درمانگران قرار گرفته است. درمان شناختی رفتاری به عنوان یکی از روش‌های رایج در ارتقاء شادکامی و سلامت روان شناخته شده است. این پژوهش با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری در بهبود شادکامی و سلامت روان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ورامین انجام شد.

روش‌ها: این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون بود. جامعه آماری این پژوهش همه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شهر ورامین بودند. از میان آنان ۴۰ زن و مرد مبتلا به دیابت نوع دو به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه جایگزین شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای با روش درمان شناختی رفتاری آموزش دید و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. همه گروه‌ها پرسشنامه شادکامی و سلامت روان را به عنوان پیش آزمون و پس آزمون تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ با روش‌های کوواریانس چند متغیری و کوواریانس تک متغیری تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد میانگین نمرات شادکامی و سلامت روان قبل و بعد از اجرای مداخله در گروه‌های درمان شناختی رفتاری و کنترل تفاوت معناداری داشت ($P < 0/05$). به عبارت دیگر درمان شناختی رفتاری باعث افزایش معنادار شادکامی و سلامت روانی شد.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد روش درمان شناختی رفتاری می‌تواند شادکامی و سلامت روانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را افزایش دهد. بنابراین مشاوران و درمانگران می‌توانند برای بهبود شادکامی و سلامت روانی این بیماران از این روش استفاده کنند. علاوه بر آن توصیه می‌شود برنامه‌ریزان بر اساس این پژوهش برنامه‌هایی را برای بهبود شادکامی و سلامت روانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو طراحی کنند.

کلید واژه‌ها: درمان، شناختی رفتاری، شادکامی، سلامت روانی، دیابت.

تاریخ پذیرش: ۹۴/۹/۳۰

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۲/۹

مقدمه

دیابت یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن است که جریان منظم زندگی را مختل می‌کند و می‌تواند پیامدهای روانی مهمی را به دنبال داشته باشد (۱). شیوع دیابت در طی دو دهه گذشته به نحو چشمگیری افزایش یافته و در سال ۲۰۱۰ به میزان ۲۸۵ میلیون نفر در جهان رسید. تخمین زده می‌شود که این مقدار تا سال ۲۰۳۰ به بیش از ۴۳۸ میلیون نفر افزایش یابد (۲). سازمان بهداشت جهانی اعلام کرد که شیوع دیابت در ایران در بین مردان ۹/۸ درصد و در بین زنان ۱۱/۱ درصد می‌باشد (۳). این بیماری شایع‌ترین علت قطع اندام، نابینایی، نارسایی مزمن کلیوی و یکی از عوامل خطر در ایجاد بیماری قلبی است (۴). از این رو افراد مبتلا به دیابت جهت کنترل دیابت ملزم به تغییرات اساسی در زندگی خود می‌باشند (۵). از مهمترین تغییراتی که در زندگی افراد دیابتی می‌توان ایجاد کرد، تغییر در شادکامی و سلامت روان است و به نظر می‌رسد که روش درمان شناختی رفتاری در این زمینه اثربخش باشد.

یکی از رشته‌های جدید روانشناسی که اواخر قرن بیستم پا به عرصه وجود نهاده و افق تازه‌ای را پیش روی روانشناسان و پژوهشگران گشوده است، روانشناسی مثبت‌نگر نامیده می‌شود. در این روانشناسی به جای تاکید بر شناسایی کمبودهای روانی و کاستی‌های رفتاری و درمان آنها به شناخت و ارتقاء وجوه مثبت و نقاط قوت انسان توجه می‌شود. این رشته طیف وسیعی از مفاهیم روانشناختی مثل شادکامی را شامل می‌شود (۶). شادکامی ناشی از قضاوت و داوری انسان درباره چگونگی گذراندن زندگی است. این قضاوت از بیرون به فرد تحمیل نمی‌شود، بلکه حالتی درونی است که از هیجان‌های مثبت تأثیر می‌پذیرد. بر این اساس شادکامی به نگرش و ادراک شخصی مبتنی است و به حالتی مطبوع و دلپذیر دلالت دارد که از تجربه هیجان‌های مثبت ناشی می‌شود (۷). شواهد موجود گویای آن است که شادکامی مولد انرژی، شور و نشاط است و مانند سپری می‌تواند انسان را در برابر فشارهای روانی محافظت و سلامت او را تضمین کند (۸). همچنین سلامت روانی بعد مهم و برجسته یک زندگی سالم و یکی از ابعاد مهم سلامت محسوب می‌شود. سلامت روانی ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند و با ویژگی‌های ثابت در زندگی، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خود، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود و نیروی یگانه‌ای است که ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی را هماهنگ می‌کند (۹). وقتی سلامت روانی به طور جدی به خطر بیفتد، فرد ممکن است دچار اختلالات روحی مثل تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در

زندگی شود (۱۰).

درمان شناختی رفتاری یکی از روش‌های درمانی موثر در ارتقای شادکامی و سلامت روان می‌باشد. اصطلاح آموزش شناختی رفتاری بر این نکته تأکید می‌ورزد که فرایندهای تفکر هم به اندازه تأثیرات محیطی اهمیت دارند (۱۱). درمان شناختی رفتاری تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است. در این نوع درمان به بیمار کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد و برای اینکه فرد بتواند این افکار تحریف شده و ناکارآمد را تغییر دهد از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری سازمان‌یافته استفاده می‌شود (۱۲). برنامه‌های آموزش شناختی رفتاری در ایجاد و افزایش توانمندیهایی مانند تصمیم‌گیری، ایجاد انگیزه، پذیرش مسئولیت، ارتباط مثبت با دیگران، شادکامی، ایجاد عزت نفس، حل مسأله، خودنظم‌دهی، خودکفایتی و سلامت روان مؤثر است (۱۳). به طور خلاصه پژوهش‌ها نشان دادند که درمان شناختی رفتاری بر افزایش شادکامی مؤثر است (۱۶-۱۴، ۶). برای مثال Barkhori و همکاران در پژوهشی به بررسی تأثیر مهارت‌های تفکر مثبت به شیوه شناختی رفتاری بر انگیزش پیشرفت، عزت نفس و شادکامی پرداختند. پژوهش آنان با روش نیمه آزمایشی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه با پیش آزمون و پس آزمون انجام شد. آنان به این نتیجه رسیدند که میانگین دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پس آزمون و پیگیری در هر سه متغیر انگیزش پیشرفت، عزت نفس و شادکامی تفاوت معناداری داشت (۱۴). همچنین پژوهش‌ها نشان دادند که درمان شناختی رفتاری بر افزایش سلامت روانی مؤثر است (۲۰-۱۷). برای مثال Wilz & Barskova ضمن پژوهشی نشان دادند که مداخلات درمانی شناختی رفتاری باعث افزایش معنادار سلامت روانی می‌شود (۱۹).

تعداد افراد مبتلا به دیابت که شایع‌ترین علت قطع اندام، نابینایی، نارسایی مزمن کلیوی و بیماری قلبی است رو به افزایش می‌باشد و این اختلال باعث مشکلاتی در زندگی روزمره می‌شود و پیامدهای روانی بسیاری دارد، لذا استفاده از روش‌های درمانی برای کمک به این افراد امری ضروری و اجتناب ناپذیر است. همچنین با توجه به مرور پیشینه، هیچ مطالعه‌ای به بررسی درمان شناختی رفتاری که روشی مؤثر برای افزایش ویژگی‌های روانشناختی است در افراد مبتلا به دیابت نپرداخته که در این پژوهش تلاش می‌شود این خلاء پژوهشی نیز تکمیل شود. به این ترتیب مسأله اساسی این پژوهش بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری بر شادکامی و سلامت روانی افراد مبتلا به دیابت نوع دو می‌باشد؟ بنابراین هدف کلی این پژوهش بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری بر شادکامی و سلامت

روانی افراد مبتلا به دیابت نوع دو بود.

روش مطالعه

این مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون بود. جامعه آماری این پژوهش همه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شهر ورامین در سال ۱۳۹۳ بودند. از میان ۳۷۶ پرونده جاری مربوط به بیماران دیابتی نوع دو ساکن شهر ورامین، به صورت تصادفی ساده ۴۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (هر گروه ۲۰ نفر) شامل گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. در انجام این پژوهش هیچ ریزشی در افراد شرکت کننده در پژوهش وجود نداشت که به نظر می‌رسد دلیل آن کاربردی بودن روش درمانی شناختی رفتاری برای افزایش شادکامی و سلامت روانی و عدم مشکل خاص برای شرکت کنندگان در طول جلسات مداخله بود. شرط ورود به مطالعه داشتن ۳۵ تا ۵۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم و دارای بیماری دیابت نوع دو و شرط خروج از مطالعه داشتن مشکلات روانپزشکی شدید، بیماری روانی، فقدان بستگان درجه یک در شش ماه اخیر و روبرو شدن با بحران و استرس مثل طلاق و جدایی در شش ماه اخیر بود. حداقل حجم نمونه لازم برای انجام پژوهش‌های نیمه آزمایشی ۱۵ نفر می‌باشد (۲۱) که در این پژوهش برای اطمینان از حجم نمونه برای هر گروه ۲۰ نفر در نظر گرفته شد. نحوه اجرای پژوهش بدین گونه بود که پس از هماهنگی لازم با مسئولین مرکز بهداشتی درمانی شهر ورامین، افراد نمونه انتخاب شدند. البته پیش از مداخله و پس از مداخله افراد از لحاظ شادکامی و سلامت روانی مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای اندازه‌گیری شادکامی و سلامت روانی از ابزارهای زیر استفاده شد:

برای اندازه‌گیری شادکامی از پرسشنامه شادکامی آکسفورد که توسط Argyle & Lu طراحی شده، استفاده شد. این ابزار دارای ۲۹ گویه است که با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. نمره این ابزار با جمع کردن نمره گویه‌های آن و میانگین گرفتن از آنها به دست می‌آید و هر چقدر نمره آزمودنی بیشتر باشد، به میزان بیشتری دارای آن ویژگی است. آنان اعتبار ابزار مذکور را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش کردند. در کشور ایران ابزار توسط علی پور و نوربالا ترجمه شد. آنان اعتبار آن را با روش دومینم کردن ۰/۹۲ گزارش کردند و روایی آن را با نظر متخصصان تایید نمودند (۲۲). در این مطالعه ضریب اعتبار با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شد.

همچنین برای اندازه‌گیری سلامت روانی از پرسشنامه

سلامت روانی که توسط Goldberg & Hillier طراحی شده، استفاده شد. این ابزار دارای ۱۲ گویه است که با استفاده از مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (از ۰ تا ۳) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه تغییرات این ابزار بین ۰ تا ۳۶ می‌باشد و نمره برش آن برای تعیین اختلال سلامت روان نمره ۹ می‌باشد. نمره این ابزار با جمع کردن نمره گویه‌های آن و میانگین گرفتن از آنها به دست می‌آید و هر چقدر نمره آزمودنی بیشتر باشد، به میزان بیشتری دارای آن ویژگی است (۲۳). Khalatbari و همکاران اعتبار این ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش کردند. همچنین آنان روایی پرسشنامه را با نظر متخصصان تایید نمودند (۲۴). در این مطالعه ضریب اعتبار با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شد.

گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای با روش درمان شناختی رفتاری توسط یک دکتری تخصصی روانشناسی بالینی آموزش دید و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. جزئیات مداخله در گروه درمان شناختی رفتاری به تفکیک جلسات به شرح زیر بود. در جلسه اول پس از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف درمان شناختی رفتاری بیان و مشکلات مراجعان در قالب رویکرد شناختی رفتاری صورت‌بندی شد. در جلسه دوم تسلط بر نشانه‌های رفتاری آموزش داده شد و به آنها تمرین‌هایی در زندگی روزانه ارائه شد. در جلسه سوم کار کردن بر علل رویدادهایی که اتفاق می‌افتند از جمله: فعال کردن دانش آموزان به فکر کردن در مورد اینکه چرا اذیت می‌شوند؟ چرا کارها به هم گره می‌خورند؟ اثبات خویشتن، انجام فعالیت‌ها و اولویت‌بندی آنها آموزش داده شد. در جلسه چهارم کار روی نشانه‌های احساسی (شامل چگونگی فکر، احساس و استفاده از ثبت افکار) آموزش داده شد. در جلسه پنجم مبارزه با افکار منفی، مهارت‌های ثبت افکار و کار روی خطاهای شناختی شامل شواهد و مدارک، نگرستن از زاویه دیگر (اگر این فکر درست باشد بدترین اتفاقی که ممکن است رخ دهد چیست؟) آموزش داده شد. در جلسه ششم شناسایی خودگویی‌های منفی شامل پیدا کردن خودگویی‌های منفی، آموزش برای جایگزین کردن خودگویی‌های مثبت آموزش داده شد. در جلسه هفتم رها کردن افکار منفی شامل دور ریختن افکار با استفاده از یادداشت کردن آنها، ادامه دادن به ثبت افکار، آموزش مهارت حل مساله آموزش داده شد. در جلسه هشتم تغییر و اصلاح باورهای نادرست شامل پیدا کردن باورهای خود، آموخته‌های قبلی، زیر سوال بردن باورها و شفاف ساختن آنها آموزش داده شد. در جلسه نهم آمادگی برای تکمیل آموزش و جایگزین کردن افکار و احساسات منفی با افکار و احساسات مثبت آموزش داده شد. در جلسه دهم درباره پیشرفت آزمودنی‌ها و استفاده از راهبردهای جانشین

داد که متغیر مستقل بر متغیر وابسته مؤثر بوده است. به عبارت دیگر نتایج حاکی از آن است که گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای شادکامی و سلامت روان تفاوت معناداری دارند ($P < 0/0005$). بنابراین برای پاسخ دادن به سوال پژوهشی مبنی بر اینکه آیا درمان شناختی رفتاری باعث افزایش شادکامی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو می‌شود، از آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک متغیری با کنترل اثر پیش آزمون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است. طبق یافته‌های جدول ۳، درمان شناختی رفتاری اثر معناداری بر افزایش نمرات شادکامی داشته است که با در نظر گرفتن مجذور آتا می‌توان گفت حدود ۹۲ درصد تغییرات در شادکامی ناشی از تأثیر درمان شناختی رفتاری است. بنابراین در پاسخ به سوال پژوهش مبنی بر تأثیر درمان شناختی رفتاری بر افزایش شادکامی می‌توان گفت که این روش درمانی باعث افزایش شادکامی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شده است ($F = 598/450$ و $P < 0/0005$). همچنین برای پاسخ دادن به این سوال که آیا درمان شناختی رفتاری باعث افزایش سلامت روانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو می‌شود، از آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک متغیری با کنترل اثر پیش آزمون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است. طبق یافته‌های جدول ۴، درمان شناختی رفتاری اثر معناداری بر افزایش نمرات سلامت روانی داشته است که با در نظر گرفتن مجذور آتا می‌توان گفت حدود ۹۵ درصد تغییرات در سلامت روانی ناشی از تأثیر درمان شناختی رفتاری است. بنابراین در پاسخ به سوال پژوهش مبنی بر تأثیر درمان شناختی رفتاری بر افزایش سلامت روانی می‌توان گفت که این روش درمانی باعث افزایش سلامت روانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شده است ($F = 671/828$ و $P < 0/0005$).

بحث و گفتگو شد و در نهایت مطالب جلسات قبل به صورت اجمالی مرور و راهکارهای یادگرفته شده تمرین شد.

به منظور رعایت مسائل اخلاقی ابتدا به کلیه نمونه‌های پژوهش درباره هدف و نحوه پژوهش توضیحات لازم داده شد. از افراد حاضر در پژوهش رضایت‌نامه کتبی جهت شرکت در پژوهش گرفته شد و به آنان اطمینان داده شد که اصل رازداری و محفوظ بودن اطلاعات شخصی رعایت خواهد شد. همچنین مشارکت آنان در پژوهش به صورت داوطلبانه بود، به طوری که در هر مرحله از تحقیق می‌توانستند از مطالعه خارج شوند. لازم به ذکر است که داده‌ها پس از جمع‌آوری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در سطح توصیفی از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی و در سطح استنباطی برای آزمون فرض‌های آماری از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری و کوواریانس تک متغیری با کمک نرم‌افزار SPSS-۱۹ استفاده شد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان این پژوهش ۴۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو با میانگین سنی ۴۲/۸۷ سال بودند. از میان آنان ۲۲ نفر زن (۵۵٪) و ۱۸ نفر مرد (۴۵٪) بودند. همچنین از میان آنها فقط ۴ نفر مجرد (۱۰٪) و ما بقی متاهل (۹۰٪) بودند. علاوه بر آن ۱۶ نفر دیپلم (۴۰٪)، ۱۴ نفر فوق دیپلم (۳۵٪)، ۷ نفر لیسانس (۱۷/۵٪) و ۳ نفر فوق لیسانس بودند. پیش از انجام تحلیل داده‌ها به روش تحلیل کوواریانس چند متغیری، پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای هیچ یک از متغیرها معنادار نبود که این یافته حاکی از آن است که فرض نرمال بودن برقرار است. همچنین نتایج آزمون M باکس و آزمون لوین معنادار نبودند، که این یافته‌ها به ترتیب حاکی از آن است که فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس و فرض برابری واریانس‌ها برقرار است. در جدول ۱ شاخص‌های آماری میانگین و انحراف استاندارد شادکامی و سلامت روانی گروه‌ها آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون ارائه شده است. طبق یافته‌های جدول ۱، در مرحله پس آزمون میانگین شادکامی ($M = 3/95 \pm 1/27$) و سلامت روانی ($M = 3/69 \pm 0/87$) گروه درمان شناختی رفتاری از میانگین شادکامی ($M = 2/12 \pm 0/68$) و سلامت روانی ($M = 1/68 \pm 0/78$) گروه کنترل بیشتر است. در جدول ۲ نتایج آزمون چند متغیری برای بررسی تأثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته ارائه شده است. طبق یافته‌های جدول ۲، نتایج هر چهار آزمون نشان

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد شادکامی و سلامت روانی گروه‌ها در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

| گروه‌ها | تعداد | شادکامی | | | | سلامت روانی | |
|---------------|-------|-----------|------|----------|------|-------------|------|
| | | پیش آزمون | | پس آزمون | | پس آزمون | |
| | | SD | M | SD | M | SD | M |
| شناختی رفتاری | ۲۰ | ۰/۸۷ | ۲/۲۴ | ۱/۲۷ | ۳/۹۵ | ۰/۸۷ | ۳/۶۹ |
| کنترل | ۲۰ | ۰/۷۱ | ۲/۱۷ | ۰/۶۸ | ۲/۱۲ | ۰/۷۸ | ۱/۶۸ |

جدول ۲: نتایج آزمون چند متغیری برای شادکامی و سلامت روان

| متغیر مستقل | آزمون‌ها | مقدار | F | سطح معناداری | مجذور اتا (PES) |
|----------------|-------------------|-------|--------|--------------|-----------------|
| روش‌های درمانی | اثر پیلابی | ۰/۵۸۹ | ۴/۷۹۶ | ۰/۰۰۰۵ | ۰/۲۹۷ |
| | لامبدای ویلکز | ۰/۴۶۸ | ۶/۱۲۴ | ۰/۰۰۰۵ | ۰/۳۴۱ |
| | اثر هاتلینگ | ۱/۲۵۳ | ۷/۴۱۲ | ۰/۰۰۰۵ | ۰/۳۷۸ |
| | بزرگترین ریشه روی | ۱/۱۸۶ | ۱۹/۹۷۳ | ۰/۰۰۰۵ | ۰/۶۳۵ |

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری گروه‌های درمان شناختی رفتاری و کنترل بر شادکامی

| متغیر وابسته | منبع اثر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | آماره F | سطح معناداری | مجذور اتا |
|--------------|----------------|---------------|------------|-----------------|---------|--------------|-----------|
| شادکامی | پیش آزمون گروه | ۹/۱۳۴ | ۱ | ۹/۱۳۴ | ۳/۹۹۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۹۶ |
| | واریانس خطا | ۱۳۶۸/۶۵۷ | ۱ | ۱۳۶۸/۶۵۷ | ۵۹۸/۴۵۰ | ۰/۰۰۰۵ | ۰/۹۲۳ |
| | واریانس کل | ۸۲/۳۴۱ | ۳۶ | ۲/۲۸۷ | | | |
| | | ۱۴۶۰/۱۳۲ | ۳۹ | | | | |

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری گروه‌های درمان شناختی رفتاری و کنترل بر سلامت روانی

| متغیر وابسته | منبع اثر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | آماره F | سطح معناداری | مجذور اتا |
|--------------|----------------|---------------|------------|-----------------|---------|--------------|-----------|
| سلامت روانی | پیش آزمون گروه | ۷۸/۱۳۷ | ۱ | ۷۸/۱۳۷ | ۳۶/۵۶۳ | ۰/۰۰۰۵ | ۰/۳۸۹ |
| | واریانس خطا | ۱۴۳۵/۶۹۸ | ۱ | ۱۴۳۵/۶۹۸ | ۶۷۱/۸۲۸ | ۰/۰۰۰۵ | ۰/۹۵۴ |
| | واریانس کل | ۷۶/۹۵۲ | ۳۶ | ۲/۱۳۷ | | | |
| | | ۲۰۴۸/۷۸۷ | ۳۹ | | | | |

بحث

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری بر شادکامی و سلامت روانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شهر ورامین انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که روش شناختی رفتاری باعث افزایش معنادار شادکامی و سلامت روانی شده است.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که روش درمانی شناختی رفتاری در افزایش شادکامی و سلامت روانی موثر بوده که این یافته در زمینه شادکامی با پژوهش‌های (۱۶-۱۴، ۶) و در زمینه سلامت روانی با پژوهش‌های (۲۰-۱۷) همسو بود. برای مثال Barkhori و همکاران در پژوهشی که به بررسی تأثیر مهارت‌های تفکر مثبت به شیوه شناختی رفتاری بر انگیزش پیشرفت، عزت نفس و شادکامی پرداختند. پژوهش آنان با روش نیمه آزمایشی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه با پیش آزمون و پس آزمون انجام شد. آنان به این نتیجه رسیدند که میانگین دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پس

آزمون و پیگیری در هر سه متغیر انگیزش پیشرفت، عزت نفس و شادکامی تفاوت معناداری وجود داشت (۱۴). همچنین Wilz & Barskova ضمن پژوهشی نشان دادند که مداخلات درمانی شناختی رفتاری باعث افزایش معنادار سلامت روانی می‌شود (۱۹). در تبیین این یافته می‌توان گفت که آموزش شناختی رفتاری شامل نظم بخشی به عاطفه، کنترل فشار روانی، برقراری ارتباط، کنترل احساس‌ها و خودکنترلی می‌شود و از طرفی ساختار ارزشی و خودکارآمدی را دربرمی‌گیرد و در اثر تعامل شخص با محیط منجر به ارتقا شادکامی بهداشت روانی افراد می‌گردد (۲۵). بنابراین در راستای این اهداف چیزی که بیش از پیش به طور ویژه در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو اهمیت می‌یابد آموزش شناختی رفتاری است. در نتیجه اگر بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را با برنامه آموزشی شناختی رفتاری مناسبی به مسیر مناسب هدایت کنیم از عوامل تهدید کننده شادکامی و سلامت روان آنان کاسته می‌شود و برخی از مشکلاتی را که دیابت برای جامعه و خصوصاً خانواده این افراد ایجاد می‌کند،

قابلیت کاربرد در مراکز درمانی دارد. بنابراین مشاوران و درمانگران می‌توانند برای افزایش شادکامی و سلامت روانی از روش درمان شناختی رفتاری استفاده کنند. با کمک به مراجعین جهت افزایش استفاده از روش مذکور می‌توان این امیدواری را داشت که افراد بهتر بتوانند شادکامی و سلامت روانی را افزایش دهند. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از پیگیری‌های کوتاه مدت و بلند مدت استفاده کنند. علاوه بر آن می‌توان در پژوهش‌های آتی روش این پژوهش را با سایر روش‌ها مثل فراشناختی، واقعیت درمانی، طرحواره درمانی، درمان عاطفی عقلانی و غیره مقایسه کرد. پیشنهاد دیگر اینکه، این پژوهش در سایر گروه‌ها انجام شود تا بتوان در تعمیم نتایج و تأثیر روش درمان شناختی رفتاری با دقت و اطمینان بیشتری بحث کرد.

تشریح و قدردانی

در پایان از کلیه مسئولین مرکز بهداشتی درمانی شهرستان ورامین و شرکت کنندگان محترم در این پژوهش که ما را در انجام این پژوهش حمایت کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود. لازم به ذکر است که این پژوهش با هزینه شخصی انجام شده است

کاهش می‌یابد. تبیین دیگر اینکه مزایای بسیار درمان شناختی رفتاری از جمله تسلط بر نشانه‌های رفتاری، کار کردن بر علل رویدادهایی که اتفاق می‌افتند، کار کردن بر روی نشانه‌های احساسی، مبارزه با افکار منفی، مهارت‌های مثبت افکار، شناسایی خودگویی‌های منفی، رها کردن افکار منفی، تغییر و اصلاح باورهای نادرست، آمادگی برای تکمیل آموزش و جایگزین کردن افکار منفی با افکار مثبت اشاره کرد (۲۶). این عوامل از جمله عواملی هستند که باعث افزایش شادکامی و سلامت روانی می‌شوند.

هر چند در این پژوهش تلاش شد تا با انتصاب تصادفی آزمودنی‌ها به گروه‌های آزمایش و کنترل، متغیرهای مزاحم و سوگیری‌های احتمالی کم شود، اما مهمترین محدودیت این پژوهش عدم استفاده از پیگیری بود. محدودیت دیگر، محدود شدن نمونه آن به بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شهر ورامین بود.

نتیجه‌گیری نهایی

یافته‌های این پژوهش نشان داد که روش درمان شناختی رفتاری باعث افزایش معنادار شادکامی و سلامت روانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شده است. لذا می‌توان گفت روش درمان شناختی رفتاری، جزء روش‌های مؤثر در افزایش شادکامی و سلامت روانی

References

1. Khoshniat Niko M, Madarshahian F, Hassanabadi M, Heshmat R, Khaleghian N. Comparative study of cognitive status in elderly with and without type 2 diabetes. Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders 2007; 7(1): 71-76. [In Persian]
2. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. Diabetes Res Clin Pract 2010; 87:4-14.
3. Oussama MN Khatib. Guidelines for the prevention, management and care of diabetes mellitus. World Health Organization Press; 2006.
4. Chang K. Comorbidities, quality of life and patients' willingness to pay for a cure for type 2 diabetes in Taiwan. Public Health 2010; 124 (5): 284-294.
5. Lee RL, Kim SA, Yoo JW. The present status of diabetes education and the role recognition as a diabetes educator of nurses in korea Dia-betes Res Clin Pract 2007; 77:199-204.
6. Diener, E. (2008). Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. J American Psycho 2008; 55:34-43.
7. Hillis P, Argyle M. Happiness, introversion-extraversion and happy introverts. Journal of Personality and Individual differences 2009; 30:595-608.

8. Pelechano V, Gonzalez-Leandro P, Garcia L, Moran C. Is it possible to be too happy? Happiness, personality, and psychopathology. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2013; 13: 18-24.
9. Sanne MA, Lamers GJ, Westerhof VK, Ernst T, Bohlmeijer. Differential relationships in the association of the Big Five personality traits with positive mental health and psychopathology. *Journal of Research in Personality* 2012; 46(5), 517-524.
10. Zonderman AB, Ejiogu N, Norbeck J, Evans MK. The Influence of Health Disparities on Targeting Cancer Prevention Efforts. *Am J Prev Med* 2014; 46: 87-97.
11. Epstein NB. Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples: A contextual approach. New York; 2002.
12. Roger C, Allison JO, Pamela MS, David JA. A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *J Anxiety Disord* 2008; 22: 108-116.
13. Sukhodolsky DG, Kassinove H, Gorman BS. Cognitive behavioral therapy for anger in children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of Aggression and Violent Behavior* 2005; 9: 247-269.
14. Barkhori H, Refahi J, Farahbakhsh K. The effect of positive thinking skills into a team approach on achievement motivation, self-esteem and happiness of the first grade students. *Journal of New Approaches in Educational Administration* 2010; 3: 31-36.
15. Hashemi F, ALi poor A, Feili AR. The effectiveness of cognitive behavioral stress management therapy on happiness among infertile women. *Journal of Armaghane Danesh* 2013; 18(9): 678-686. [In Persian]
16. Molavi H, Khosravi S, Neshat doost HT, Kalantari M. The effective of teaching communicative patterns of pluralistic family on couples happiness. *Journal of Armaghane Danesh* 2011; 58: 25-33. [In Persian]
17. Rector N, Beck A. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 2001; 189: 278-87.
18. Holmes J, Neighbor R, TARRIER N, Hmschelwood RD, Bolsover N. All you need is cognitive behavior therapy? *British Medical Journal* 2002; 3249: 288-295.
19. Wilz G, Barskova T. Evaluation of a cognitive behavioral group intervention program for spouses of stroke patients. *Behavioral research and Therapy* 2007; 45: 2508-2517.
20. Mojahed A, Kalantari M, Molavi H, Neshatdust HT, Bakhshani NM. Comparison of Islamic oriented and classical cognitive behavioral therapy on mental health of martyrs' and veterans' wives. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2010; 11(4): 282-291. [In Persian]
21. Tabakhnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics (5th Ed.). Boston: Allyn & Bocon; 2007.
22. Zaraee E. The relationship between parenting styles with happiness and committed adolescent risky behavior based on Klvnynger scale. *Journal of Shaeed Sdoughi University of*

Medical Sciences Yazd 2009; 18(0): 220-224. [In Persian]

23. Goldberg DP, Hillier V. A scaled version of general health questionnaire. *American Psychological Medicine* 1979; 9(1): 131-145.

24. Khalatbari J, Maddahi ME, Ghorbanshiroudi S, Keikhayfarzaneh MM. Studying the Relationship between Illogical Beliefs and General Health among Personals of Imam Sajjad Hospital in Ramsar Township. *Social and Behavior Science* 2013; 84: 110-116.

25. Cobb B, Sample PL, Alwell M, Johns NR. Cognitive behavioral interventions, dropout and youth with disabilities: A systematic review. *Remedial and Special Education* 2006; 27(1): 259-271.

26. Storch EA, Arnold EB, Lewin AB, Nadeau JM, Jones AM, De Nadai AS, & et al. The effect of cognitive-behavioral therapy versus treatment as usual for anxiety in children with autism spectrum disorders: A randomized, controlled trial. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2013; 52(2): 132-142.