Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2023, Volume 21, Issue 2

Comparison the Effectiveness of Unified Transdiagnostic Treatment and Hope Therapy on Self-Care Activities and Reducing Cognitive-Behavioral Avoidance in Patients with Type 2 Diabetes

Fatemeh Bagherifard[1], Kobra Kazemian Moghadam[2], Sahar Safarzadeh[3], Farshad Bahari[4]

1. PhD student, Department of Consulting, Ahvaz branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran
2. (Corresponding author)* Assistant Professor, Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran
4. Assistant Professor, Department of Consulting, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran

Abstract

Aim and Background: The comparison of different psychological approaches in terms of their effect on psychological variables is of interest to many researchers. In this regard, the purpose of this research is to compare the effectiveness of unified transdiagnostic treatment and hope therapy on self-care activities and reducing cognitive-behavioral avoidance in patients with type 2 diabetes.

Methods and Materials: The design of the research is experimental and pre-test and post-test with a control group. The statistical population included all married men and women with type 2 diabetes and members of Ahvaz diabetes society in 1400. 60 of these patients were selected based on the criteria of entry and exit, screening and purposefully, and after matching, they were randomly assigned in 3 groups of 20 people. Research tools included diabetes self-care activities scale (Toobert et al. 2000) and cognitive-behavioral avoidance scale (Ottenbreit and Dobson, 2004). Data were analyzed through multivariate (MANCOVA) and univariate (ANCOVA) analyzes using SPSS software.

Findings: The results showed that integrated transdiagnostic treatment and hope therapy were effective on self-care activities and cognitive-behavioral avoidance in patients with diabetes ($p<0.05$); in addition, the results showed that there is no significant difference between the effectiveness of two types of intervention in patients with diabetes.

Conclusions: It seems that both approaches are equally effective on self-care activities and cognitive-behavioral avoidance in patients with diabetes.

Keywords: Unified Transdiagnostic Treatment, Hope Therapy, Self-Care Activities, Cognitive-Behavioral Avoidance.

Citation: Bagherifard F, Kazemian Moghadam K, Safarzadeh S, Bahari F. **Comparison the Effectiveness of Unified Transdiagnostic Treatment and Hope Therapy on Self-Care Activities and Reducing Cognitive-Behavioral Avoidance in Patients with Type 2 Diabetes.** Res Behav Sci 2023; 21(2): 200-214.

* **Kobra Kazemian Moghadam**
Email: k.kazemian@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.1.4]

[DOI: 10.48305/21.2.200]

مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه و امید درمانی بر فعالیت‌های خودمراقبتی و اجتناب شناختی–رفتاری در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

فاطمه باقری‌فرد[۱]، کبری کاظمیان مقدم[۲]، سحر صفرزاده[۳]، فرشاد بهاری[۴]

۱- دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* استادیار گروه روان‌شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.

۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

۴- استادیار، گروه مشاوره، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران

چکیده

زمینه و هدف: مقایسه رویکردهای مختلف روان‌شناختی درزمینه میزان اثرگذاری آن‌ها بر متغیرهای روان‌شناختی موردعلاقه بسیاری از محققان می‌باشد؛ در این راستا پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه و امید درمانی بر فعالیت‌های خودمراقبتی و اجتناب شناختی–رفتاری در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام گردید.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه زنان و مردان متأهل مبتلا به دیابت نوع ۲ و عضو انجمن دیابت شهر اهواز در سال ۱۴۰۰ بودند. ۶۰ نفر از این بیماران بر اساس ملاک‌های ورود و خروج، غربال‌گری و به‌صورت هدفمند انتخاب شدند و بعد از همسان‌سازی، به‌صورت گمارش تصادفی در ۳ گروه ۲۰ نفره گمارده شدند. ابزارهای تحقیق شامل مقیاس فعالیت‌های خودمراقبتی دیابت (توبرت و همکاران، ۲۰۰۰) و مقیاس اجتناب شناختی–رفتاری (اتنبرگ و دابسون، ۲۰۰۴) بود. داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) و تک‌متغیری (ANCOVA) با استفاده از نرم‌افزارSPSS مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه و امید درمانی بر فعالیت‌های خودمراقبتی و اجتناب شناختی–رفتاری در بیماران مبتلا به دیابت مؤثر بوده‌اند ($P<۰/۰۵$)؛ به‌علاوه، نتایج نشان داد که بین اثربخشی دو نوع مداخله در بیماران مبتلابه دیابت تفاوت معناداری وجود ندارد.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد هر دو رویکرد به یک اندازه بر فعالیت‌های خودمراقبتی و اجتناب شناختی–رفتاری در بیماران مبتلا به دیابت اثرگذار است.

واژه‌های کلیدی: درمان فراتشخیصی یکپارچه، امید درمانی، فعالیت‌های خودمراقبتی، اجتناب شناختی–رفتاری.

ارجاع: باقری‌فرد فاطمه، کاظمیان مقدم کبری، نصرالهی بیتا، صفرزاده سحر، بهاری فرشاد. **مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه و امید درمانی بر فعالیت‌های خودمراقبتی و اجتناب شناختی–رفتاری در بیماران مبتلابه دیابت نوع**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۲؛ ۲۱(۲): ۲۱۴–۲۰۰.

***- کبری کاظمیان مقدم،**

رایانامه: k.kazemian@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.1.4]

[DOI: 10.48305/21.2.200]

مقدمه

ازجمله مسائل مهم بهداشتی که هرساله هزینه‌های بسیاری را بر نظام درمانی کشورها تحمیل می‌کند، بیماری‌های مزمن هست (۱). یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن که امروزه طیف وسیعی از جمعیت انسانی به آن مبتلا هستند، دیابت است که علاوه بر جسم، بر خصوصیات روانی، عملکرد فردی و اجتماعی افراد نیز تأثیر می‌گذارد. این بیماری دو نوع متفاوت دارد؛ دیابت نوع ۱ که دیابت قندی وابسته به انسولین نامیده می‌شود و به دلیل فقدان ترشح انسولین ایجاد می‌شود و دیابت نوع ۲ یا دیابت قندی غیر وابسته که در اثر کاهش حساسیت بافت‌های هدف نسبت به آثار متابولیک انسولین ایجاد می‌شود (۲). طی مطالعات ۴۱۵ میلیون نفر بیمار دیابتی در سراسر جهان زندگی می‌کنند و باوجود افزایش دانش در رابطه با این بیماری، بروز و شیوع این بیماری در سراسر جهان در حال افزایش است (۳). برآوردها نشان می‌دهند که حدود ۹۰ تا ۹۵ درصد افراد مبتلا به دیابت در جهان مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌باشند (۴). در مطالعه همه‌گیر شناختی درباره شیوع دیابت نوع ۲ در ایران، تعداد مبتلایان بیش از ۱/۵ میلیون نفر تخمین زده‌شده است و سازمان بهداشت جهانی (۵) اعلام کرده است که شیوع دیابت تا سال ۲۰۲۵ در ایران حدود ۶/۸ درصد خواهد شد (۶). این بیماری عوارض جبران‌ناپذیری را بر عملکرد روانی، جسمانی، ارتباطات فردی، خانوادگی و اجتماعی و درک افراد از سلامت خود گذاشته و تغییرات بسیاری را در زندگی مبتلایان به وجود می‌آورد (۷).

شواهد پژوهشی حاکی از آن است که یکی از عوامل بسیار حیاتی و ضروری در روند بهبودی افراد دیابتی فعالیت‌های خودمراقبتی است (۸). خودمراقبتی به فعالیت‌های مراقبت از خود، ازجمله مصرف دارو به‌صورت مناسب، پایش نوسانات سلامت و حفظ سبک زندگی سالم گفته می‌شود (۹, ۱۰). از مهم‌ترین فعالیت‌های خودمراقبتی در بیماران دیابتی می‌توان به رعایت رژیم غذایی سالم و متعادل، پیگیری درمان‌های دارویی، پایش سطح گلوکز برای تنظیم رژیم غذایی، سطح فعالیت‌ها و تجویز درمان اشاره کرد (۱۱). با توجه به تأثیر فعالیت‌های خود مراقبتی در تعیین سطوح قند خون و نتایج بیماری دیابت، مهم‌ترین عامل زمینه‌ساز مرگ‌ومیر این بیماران را می‌توان عدم انجام فعالیت‌های خودمراقبتی دانست. امروزه بسیاری از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که کنترل قند خون و مدیریت دیابت بدون انجام فعالیت‌های خودمراقبتی میسر نمی‌شود (۱۲) و عدم انجام این فعالیت‌ها منجر به چهار برابری عوارض دیابت می‌شود و این عوارض بر سازگاری روانی بیمار اثر منفی می‌گذارد (۱۳) درحالی‌که هدف اصلی تمامی اقدامات درمانی دیابت در جهان کاستن از عوارض خطرناک آن است (۱۴).

از سوی دیگر، بیماری دیابت در بسیاری از بیماران به اختلال در عملکرد شغلی، اجتماعی و بین فردی در آن‌ها منجر می‌شود که درنتیجه این بیماران برای مقابله با فشارهای روانی مختلف ناشی از این بیماری از سبک‌های مقابله‌ای مختلفی مانند سبک اجتناب شناختی–رفتاری استفاده نمایند (۱۵, ۱۶). اجتناب، به رهایی از شخص، عمل یا شیء اشاره دارد که به‌طور موقت موجب کاهش اضطراب در فرد گردیده، اما در بلندمدت موجب حفظ و افزایش اضطراب می‌شود (۱۷). اجتناب دارای دو بعد شناختی و رفتاری می‌باشد (۱۸, ۱۹). اجتناب رفتاری، به رهایی از یک عمل، شخص و یا یک شیء اشاره دارد که پریشانی را کاهش می‌دهد (۲۰). اجتناب شناختی نیز انواع راهبردهای ذهنی هستند که بر اساس آن افراد افکار خویش را در جریان موقعیت–های مختلف تغییر می‌دهند (۲۱). راهبردهایی ازجمله حواس‌پرتی، نگرانی، توقف فکر و هر راه‌حلی است که فرد را از مواجهه با افکار منفی و مشکلات ناخواسته دور کند (۲۲). پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه نیز نشان داده‌اند اجتناب شناختی رفتاری می‌تواند نقش مهمی در کاهش کیفیت زندگی مبتلایان به بیماران دیابتی ایفا کند (۲۳, ۲۴) و حتی تحقیقاتی نیز مشکل اصلی عمل نکردن به فعالیت‌های درمانی را اجتناب رفتاری و شناختی می‌دانند (۲۴).

با توجه به اهمیت عواقب این بیماری و آسیب‌های جسمانی و روان‌شناختی که به دنبال دارد، ضروری است با استفاده از شیوه‌های درمانی و مداخله‌ای روان‌شناختی، نسبت به رفع این مشکلات و ارتقای سطح کیفیت زندگی این بیماران اقداماتی صورت گیرد (۲۵). یکی از درمان‌هایی که اخیراً برای کمک به افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و پاسخ‌گویی به نیازها و مشکلات آن‌ها ابداع شد، درمان فراتشخیصی یکپارچه است که توسط بارلو و همکاران (۲۶) تدوین شده است (۲۷). درمان‌های قبلی بااینکه اثرات سودمند پایداری را بر کارکردهای روانی و جسمانی و نیز افزایش کیفیت زندگی این بیماران برجای گذاشته‌اند، اما با محدودیت‌هایی همراه بوده‌اند (۲۸) به همین علت درمان فراتشخیصی یکپارچه برای جبران محدودیت‌های درمان‌های قبلی طراحی‌شده و نسبتاً موفق بوده است. درمان فراتشخیصی یک رویکرد درمانی مبتنی بر هیجان است و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.1.4]
[DOI: 10.48305/21.2.200]

تجربه هیجانی و پاسخ به هیجان‌ها، پایه‌های اصلی در رویکرد فراتشخیصی است (۲۹). این روش درمانی با ادغام مؤلفه‌های مشترک درمان شناختی-رفتاری برای اختلال‌های هیجانی و با استفاده از آخرین پیشرفت‌ها در حوزه علم هیجان، تلاش می‌کند تا فرایندهای اصلی سبب‌ساز اختلال‌های هیجانی را مورد آماج قرار دهد (۳۰). هدف اصلی در درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر این است که بیماران مهارت‌هایی را کسب کنند که بتوانند به شیوه‌ای مؤثر هیجان‌های منفی را مدیریت کنند (۳۱, ۳۲) در این رویکرد، افکار، رفتارها و احساسات باهم تعامل پویایی دارند و هر یک در تجربه هیجانی تأثیر دارند (۲۶). بررسی تحقیقات انجام‌شده در ارتباط با اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه نشان داده که این رویکرد درمانی بر کاهش اجتناب تجربی و تحمل پریشانی (۲۷)؛ مهارت تنظیم هیجان، کیفیت زندگی و اختلال عملکرد (۳۳)؛ کاهش اختلال‌های اضطرابی (۳۴-۳۷)، اختلالات عاطفی (۲۹)؛ اجتناب رفتاری و هیجانی (۳۸) و نشخوار فکری (۳۴, ۳۹) اثرگذار بوده است.

از سوی دیگر چون دیابت یکی از عوامل تهدیدکننده امید محسوب می‌شود، افزایش روحیه و امیدواری جهت پیگیر بودن برای درمان، برای مبتلایان به دیابت نوع ۲ بسیار ضروری است (۴۰). بیماران مبتلابه دیابت ناراحتی‌هایی مانند از دست دادن امید به بهبودی (۴۱) و از دست دادن امید به زندگی (۴۲) را تجربه می‌کنند. ازاین‌رو پرداختن به‌نوعی از روان‌درمانی که امید را هدف اصلی تغییر قرار دهد، برای مبتلایان به این بیماری حائز اهمیت خواهد بود و سبب افزایش پیروی بیماران از رفتارهای خودمراقبتی و ایجاد احساس بهبودی و رضایت از کنترل بیماری خواهد شد (۴۳). در بین درمان‌های روان‌شناختی، امید درمانی اشنایدر، تنها درمانی است که امید را به‌عنوان هدف اصلی مدنظر قرار داده است (۴۴). امید درمانی به‌عنوان یکی از درمان‌های موج سوم به دلایل زیادی برای کنترل دیابت نوع ۲ مطرح شده است (۴۰). امید درمانی این هدف را در نظر دارد که به درمان‌جویان کمک کند تا هدف‌های روشنی را مشخص و طبقه‌بندی کنند و مسیرهای متعددی را برای این اهداف ایجاد نمایند و آن‌ها را برمی‌انگیزاند تا هدف‌ها را تعقیب نموده و موانع را به‌عنوان چالش‌هایی که باید بر آن‌ها غلبه کرد، چارچوب‌بندی کنند. الگوی امید دارای سه مؤلفه اهداف، تفکر رهیاب یا برنامه‌ریزی و تفکر عاملیتی یا اراده می‌باشد (۴۵). موفقیت در دستیابی به اهداف، هیجان‌های مثبت و شکست در آن هیجان-های منفی ایجاد می‌کند. افراد امیدوار مسیرهای بیشتری برای دنبال کردن اهداف خود دارند و وقتی با مانع برخورد می‌کنند، می‌توانند انگیزه خود را حفظ کرده از مسیرهای جانشین استفاده کنند، درحالی‌که افراد ناامید به دلیل محدود بودن عامل/ اراده و مسیرهایشان در برخورد با موانع به‌راحتی انگیزه خود را ازدست‌داده و دچار هیجان‌های منفی می‌شوند که این امر به‌نوبه خود منجر به افسردگی می‌شود (۴۶)؛ بنابراین درمانگر با مداخله آموزش و با استفاده از برنامه‌های آموزشی مختلفی که به این منظور تدوین شده است به افزایش امید و تفکر امیدوارانه مراجع کمک می‌کند. فکر امیدوارانه و دیابت به دو طریق به هم مربوط می‌شوند. افراد امیدوار بیشتر بر مشکل متمرکزشده و در حل آن فعال‌تر عمل می‌کنند. آن‌ها احتمال بیشتری دارد که رفتارهای خودمراقبتی توسط خودشان را انجام دهند، در غیر این صورت مبتلایان به‌تدریج دچار بی‌انگیزگی شده و کمتر اقدام به رفتارهای خودمراقبتی مانند کنترل قند خون، مصرف منظم داروها و مراقبت از پاها کرده و از سوی دیگر بیشتر احتمال دارد دچار مشکلات شناختی و روانی گردند (۴۷). تاکنون پژوهش-های صورت گرفته زیادی در خارج و داخل کشور اثربخشی امید درمانی را در جوامع بیماران مختلف نشان داده و به اثبات رسانده‌اند ازجمله اثربخشی این رویکرد درمانی روی کیفیت زندگی مردان اچ آی وی (۴۶)؛ کیفیت زندگی در بیماران مبتلایان به سرطان (۴۸)؛ کاهش علائم افسردگی و افزایش امید در بیماران مبتلا به اماس (۴۹, ۵۰)؛ میزان تحریف‌های شناختی بین فردی زوج‌های متقاضی طلاق (۵۱)؛ امید افزایی بیماران مبتلا به سرطان (۵۲, ۵۳)؛ بیماران دیالیزی (۵۴)؛ کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ (۵۵)؛ خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ (۴۰, ۵۶)؛ کاهش اضطراب بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ (۵۷). به‌طورکلی با توجه به شیوع روزافزون دیابت نوع ۲ که گویای انجام نشدن مرتب فعالیت‌های خودمراقبتی و سلامت‌محور و افزایش مشکلات شناختی و روانی در این بیماران است، تدوین و گسترش مداخلات آموزشی و درمانی کوتاه‌مدت که فعالیت-های خودمراقبتی را در این بیماران افزایش دهد و از سوی دیگر موجب شوند این بیماران از رفتارهای اجتنابی با توجه به آسیب‌های احتمالی که در پی دارد کمتر استفاده نمایند، ضروری است. به همین دلیل هدف از این پژوهش، مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه و امید درمانی بر فعالیت-

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.1.4]
[DOI: 10.48305/21.2.200]

های خودمراقبتی و اجتناب شناختی-رفتاری در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌باشد.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان و مردان متأهل مبتلا به دیابت نوع ۲ شهر اهواز می‌باشد که در سال ۱۴۰۰ عضو انجمن دیابت این شهر بودند. برای گردآوری اطلاعات از این جامعه ابتدا فهرستی از شماره تلفن‌های اعضای انجمن اخذ و در مرحله بعد از طریق فراخوان از آن‌ها برای شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد. در ادامه ۶۰ نفر از افراد متقاضی و داوطلب به شرکت در پژوهش با استفاده از مصاحبه تشخیصی و شفاهی غربال‌گری و به‌صورت هدفمند انتخاب شدند و بعد از همسان‌سازی بر اساس ویژگی‌های جمعیت شناختی مانند سن، جنس و سابقه بیماری به روش تصادفی در ۳ گروه ۲۰ نفره، (گروه آزمایش با روش امید درمانی (۲۰ نفر)، گروه آزمایش با روش درمان فراتشخیصی یکپارچه (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر)) گمارده شدند. در ابتدا شرکت‌کنندگان سه گروه مقیاس‌های پژوهش را تکمیل نمودند. سپس آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش تحت درمان فراتشخیصی یکپارچه و امید درمانی قرار گرفتند، درحالی‌که آزمودنی‌های گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اجرای مداخله‌ها بار دیگر هر سه گروه در شرایط مساوی، پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند و در آخر اطلاعات به‌دست‌آمده از طریق تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تک‌متغیری مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت. معیارهای ورود به پژوهش شامل: تشخیص پزشک متخصص داخلی یا غدد مبنی بر بیماری دیابت نوع ۲، متأهل بودن، دارا بودن سنین ۳۰ تا ۶۰ سال، ابراز علاقه به همکاری در پژوهش، توانایی خواندن و نوشتن و تکمیل فرم رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی همزمان با دیابت و عدم وجود نقص در کارکردهای عصب‌شناختی، عدم بستری به خاطر مشکلات روان‌شناختی در ۶ ماه اخیر بودند. همچنین معیارهای خروج از پژوهش شامل: غیبت بیش از ۲ جلسه، دارا بودن اختلال حاد سایکوتیک، بنا به تشخیص روان‌شناس مجری طرح و مصاحبه به‌عمل‌آمده، شرکت همزمان در درمان‌های دیگر، وجود بیماری پزشکی جدی و محدودکننده دیگر که موجب کاهش کیفیت زندگی و سلامت روانی شود، سوءمصرف مواد، اعلام عدم تمایل به همراهی در حین اجرای پژوهش و دارا بودن اختلالات جسمانی مزمن مانند فشارخون و سرطان و ممکن نبودن پیگیری بیمار طی مرحله مداخله بود. ملاحظات اخلاقی نیز: کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان، محرمانه ماندن نام و مشخصات شرکت‌کنندگان و خروج داوطلبانه شرکت‌کنندگان از پژوهش بود. ابزارهای پژوهش شامل قیاس اجتناب شناختی-رفتاری توسط اتنبرگ و دابسون (۲۰۰۴) و مقیاس فعالیت‌های خودمراقبتی دیابت توسط توبرت، هامپسون و گلاسگو (۲۰۰۰) بود

مقیاس اجتناب شناختی- رفتاری (CBAS): مقیاس اجتناب شناختی-رفتاری توسط اتنبرگ و دابسون (۲۰۰۴) تهیه شده است (۱۷). این مقیاس ۳۱ ماده دارد و پاسخ‌های آن براساس لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ (برای در مورد من اصلاً صحیح نیست) تا ۵ (در مورد من کاملاً صحیح است) نمره‌گذاری می‌شوند. اتنبرگ و دابسون (۱۷) در پژوهش خود روایی سازه این مقیاس را از طریق تحلیل عامل تأییدی موردبررسی قراردادند و گزارش کردند که تمام گویه‌های زیر مقیاس، روی مقیاس‌های مربوط به خود به‌طور قوی و معنادار از بار عاملی مطلوبی برخوردار بودند. همچنین برای بررسی پایایی این مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ به دست آمد. در ایران نیز ولیان، سودانی، شیرالی‌نیا و خجسته مهر (۵۸) برای بررسی پایایی این مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده کردند که ضریب آلفا برای کل مقیاس ۰/۷۲ دست آمد. روایی این مقیاس نیز، به روش همسانی درونی و از طریق همبستگی‌های بین خرده مقیاس‌های این مقیاس با نمره کل محاسبه شد و نتایج نشان داد که هر مؤلفه دارای همبستگی معنادار با نمره کل مقیاس دارد (۰/۵۴ تا ۰/۸۸). در پژوهش حاضر نیز برای بررسی پایایی کل این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و با توجه به ضریب به‌دست‌آمده (۰/۷۷) می‌توان نتیجه گرفت که این مقیاس از پایایی مطلوبی در پژوهش حاضر برخوردار است.

مقیاس فعالیت‌های خودمراقبتی دیابت (SDS-CS): مقیاس فعالیت‌های خودمراقبتی دیابت توسط توبرت، هامپسون و گلاسگو (۲۰۰۰) تهیه شده است (۵۹). این مقیاس ۱۵ ماده دارد، جنبه‌های رژیم غذایی شامل رژیم کلی و رژیم خاص، ورزش، اندازه‌گیری قند خون، مراقبت از پا، تبعیت از دستورات دارویی، سیگار کشیدن و توصیه‌های پزشک در مورد

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.1.4]
[DOI: 10.48305/21.2.200]

خود را موردسنجش قرار می‌دهد و پاسخ‌های آن براساس لیکرت هشت درجه‌ای از ۰ (در هفت روز گذشته هیچ فعالیت خودمراقبتی نداشته است) تا ۷ (هر هفت روز گذشته فعالیت‌های خودمراقبتی را انجام داده است) نمره‌گذاری می‌شوند. توربت و همکاران (۵۹) همسانی درونی این مقیاس را با استفاده همبستگی گویه‌ها، مناسب و از ۰/۴۷ تا ۰/۸۰ گزارش کردند. کواهارا و همکاران (۲۰۰۴) نیز روایی و پایایی این مقیاس را بررسی نموده‌اند که پایایی این مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۶ و روایی محتوایی آن را رضایت‌بخش توصیف کرده‌اند (۸). به‌علاوه، رحیمیان بوگر، بشارت، مهاجری تهرانی و طالع‌پسند (۶۰) در پژوهش خود به‌منظور بررسی روایی این مقیاس، همبستگی‌های بین ماده‌های این مقیاس را با نمره کل محاسبه کردند و نتایج نشان داد که هر ماده دارای همبستگی معنادار با نمره کل مقیاس دارد (۰/۶۷ تا ۰/۸۸) و پایایی آن را از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش گردید. کریمی و همکاران (۴۰) نیز به‌منظور بررسی پایایی این مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده کردند و ضریب آلفای کل مقیاس را ۰/۹۳ و برای زیرمقیاس‌ها ضرایب را از ۰/۸۴ تا ۰/۹۴ گزارش نموده‌اند. در پژوهش حاضر نیز نمره کل این مقیاس از طریق روش آلفای کرونباخ (۰/۷۹) به دست آمد که با توجه به آن می‌توان نتیجه گرفت که این مقیاس از پایایی مطلوبی در پژوهش حاضر برخوردار است.

پروتکل‌های درمانی شامل درمان فراتشخیصی یکپارچه و امید درمانی بود.

درمان فراتشخیصی یکپارچه. درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اساس راهنمای درمانی اختلال‌های هیجانی بارلو و همکاران (۲۶)، می‌باشد که طی ۱۲ جلسه و هر جلسه بین ۵۰ تا ۶۰ دقیقه به طول می‌انجامد

جلسه اول. محتوای جلسه افزایش انگیزه، مصاحبه‌ی انگیزشی برای مشارکت و درگیری بیماران طی درمان، ارائه منطق درمان و تعیین اهداف درمان و اجرای پیش‌آزمون بود.

جلسه دوم. محتوای جلسه ارائه آموزش روانی، بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی بود. تغییر رفتار مورد انتظار شامل بازنگری در ابراز هیجانات و تکلیف خانگی شامل بازنویسی هیجانات منفی و مثبت بود

جلسه سوم و چهارم. محتوای جلسه آموزش آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهده‌ی هیجانی، (هیجان‌ها و واکنش‌های هیجان‌ها) با استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی بود. تغییر رفتار مورد انتظار شامل دیدن هیجانات منفی و پذیرش بدون قضاوت آن‌ها و تکلیف خانگی شامل استفاده از نظر و دیدگاه نزدیک‌ترین شخص در مورد هیجانات بود.

جلسه پنجم. محتوای جلسه ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی؛ ایجاد آگاهی از تأثیر ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه خودکار و دام‌های شایع تفکر و ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر بود. تغییر رفتار مورد انتظار شامل مواجهه با هیجانات منفی و مقابله با آن‌ها و تکلیف خانگی شامل قبل از ابراز هیجان شناخت و بازنگری آن در منزل بود.

جلسه ششم. محتوای جلسه شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان؛ آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان بود. تغییر رفتار مورد انتظار شامل اجتناب از هیجانات منفی و تکلیف خانگی شامل تمرین مواجهه با هیجانات منفی و مقابله‌ی منطقی و تحلیل محتوای هیجانات در منزل بود.

جلسه هفتم. محتوای جلسه بررسی رفتارهای ناشی از هیجان، آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تأثیر آن‌ها روی تجارب هیجانی، شناسایی (EDBs) ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین به‌واسطه‌ی رویاروی شدن با رفتارها بود. تغییر رفتار مورد انتظار شامل اجتناب از رفتارهای تخریب‌کننده مبتنی بر هیجانات بود.

جلسه هشتم. محتوای جلسه آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی، افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه و رویارویی احشایی به‌منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم بود. تغییر رفتار مورد انتظار شامل پذیرش احساسات منفی بدنی و تکلیف خانگی شامل تکنیک پویش بدن و تمرین در منزل بود.

جلسه نهم، دهم و یازدهم. محتوای جلسه رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت؛ آگاهی یافتن از منطق رویارویی، آموزش نحوه‌ی تهیه سلسله‌مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین‌های مواجهه‌ی هیجانی مکرر و اثربخش به‌صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب بود. تغییر رفتار مورد انتظار شامل رویارویی با احساساتی نظیر ترس و اضطراب و تکلیف خانگی شامل تکنیک پویش بدن و تمرین در منزل برگه سلسله‌مراتب ترس و تکمیل در منزل بود.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.1.4]
[DOI: 10.48305/21.2.200]

جلسه دوازدهم. محتوای جلسه مرور کلی مفاهیم درمان و بحث درباره‌ی بهبودی و پیشرفت‌های درمانی و اجرای پس-آزمون بود.

امید درمانی. جلسات امید درمانی، در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه-ای به‌صورت هفتگی بر مبنای مراحل ارائه‌شده توسط اشنایدر (۶۱) ارائه گردید.

پیش جلسه. آشنایی اولیه با بیمار، برقراری رابطه درمانی، ایجاد اعتماد در بیمار نسبت به حفظ اطلاعات بیمار، اجرای پرسشنامه‌های جمعیت‌شناختی و افسردگی بیان رابطه بیماری دیابت با کیفیت زندگی و سلامت عمومی، بررسی و تعیین نحوه تأثیر دیابت بر سلامت روان بیمار، تعیین رابطه امید بر دیابت و افسردگی بیماران، انتخاب اهداف درمانی و تشخیص مشکلات برای مداخله، شناخت مشکل کلی بیمار درزمینه کیفیت زندگی، به‌کارگیری فنون امید محوری.

جلسه اول و دوم. شامل اجرای روش‌های درمانی تسکینی گوش دادن توجه‌آمیز، درک همدلانه و طرح سؤالات بسته، باز، حلقوی و...، تعیین اهداف درمانی با توجه به شناخت بیشتر از مشکل بیمار، سنجش مشکلات بیماران در حیطه امید و بیان رابطه آن با سلامت روانی و کیفیت زندگی بیمار، سنجش مشکلات بیماران در حیطه امید و بیان رابطه آن با سلامت روانی و کیفیت زندگی بیمار.

جلسه سوم و چهارم. ارائه اهداف و توافق بر سر دستور کار، حفظ اتحاد درمانی، استفاده از فنون مداخلاتی راه‌حل محور، معرفی مفهوم و اصول و مبانی امیددرمانی و مؤلفه‌های امید، تمایز بین امید واقعی و امید واهی به بیماران با تأکید بر مثال-هایی از فرهنگ ایرانی اسلامی.

جلسه پنجم و ششم. استفاده از فنون روایتی و داستانی درزمینه امید با تأکید بر نقش امیددهی ادیان به‌خصوص دین اسلام به‌منظور امیدسازی یا القای امید، تفسیر وقایع از منظر دین و روان‌شناسی مثبت، جهت دادن بیماران به زمان حال و آینده به‌جای ماندن درگذشته، تشویق بیماران به نوشتن مطالب از طریق گفتن داستان خود، رابطه آن با بیماری دیابت و ارائه آن در جلسه بعدی درمان.

جلسه هفتم و هشتم. گوش دادن به داستان بیماران با توجه به تکلیف ارائه‌شده در جلسه قبل، ادامه امیدافزایی در بیماران، تعیین اهداف درمانی امیدبخش و آشنایی با مراحل هدف‌گزینی در زندگی، استفاده از فنون مختلف هدف‌گزینی و خلق اهداف روشن و عملی، رفع موانع ذهنی امید با استفاده از فنون امید درمانی، تعیین میزان مداخلات امید محورانه با تأکید بر سلامت روانی و کیفیت زندگی، بررسی اظهارنظر بیماران درباره میزان دستیابی به اهداف تعیین‌شده، تحکیم اثر مداخلات درمانی متمرکز بر امید در بیماران، اجرای آزمون نهایی.

روش آماری: در پژوهش حاضر جهت توصیف و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) و تک‌متغیری (ANCOVA) با استفاده از نرم‌افزار SPSS و سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمره متغیرهای پژوهش در گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه، گروه امید درمانی و گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۱ درج شده‌اند.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	آماره	گروه					
		گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه		گروه امید درمانی		گروه کنترل	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
فعالیت‌های خود مراقبتی	میانگین	۴۴/۶۵	۵۵/۵۵	۴۵/۳۵	۵۴/۵۵	۴۴/۸۵	۴۶/۲۰
	انحراف معیار	۸/۱۵	۸/۳۴	۶/۸۳	۷/۲۱	۶/۳۳	۶/۸۹
اجتناب شناختی- رفتاری	میانگین	۹۱/۷۰	۷۷/۶۵	۹۰/۰۵	۷۸/۰۰	۹۲/۰۵	۹۰/۷۵
	انحراف معیار	۱۰/۷۳	۱۱/۳۰	۷/۶۷	۷/۴۳	۵/۶۷	۶/۰۹

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمره-های فعالیت‌های خود مراقبتی در مراحل پیش‌آزمون و پس-آزمون در گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه به ترتیب (۴۴/۶۵ و ۵۵/۵۵)، در گروه امید درمانی (۴۵/۳۵ و ۵۴/۵۵) و در گروه کنترل (۴۴/۸۵ و ۴۶/۲۰) و اجتناب شناختی-رفتاری در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه به

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.1.4]
[DOI: 10.48305/21.2.200]

ترتیب (۹۱/۷۰ و ۷۷/۶۵)، در گروه امید درمانی (۹۰/۰۵ و ۷۸/۰۰) و در گروه کنترل (۹۲/۰۵ و ۹۰/۷۵) است. برای بررسی و مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه و امید درمانی بر فعالیت‌های خودمراقبتی و اجتناب شناختی-رفتاری در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، ابتدا یک تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکووا) روی داده‌ها انجام گرفت. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

اثر	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	*p*	اندازه اثر
گروه	اثر پیلایی	۰/۸۰۲	۱۸/۴۱۱	۴	۱۱۰	۰/۰۰۱	۰/۴۰۱
	لمبدای ویلکز	۰/۱۹۹	۳۳/۵۵۳	۴	۱۰۸	۰/۰۰۱	۰/۵۵۴
	اثر هتلینگ	۴/۰۲۵	۵۳/۳۳۶	۴	۱۰۶	۰/۰۰۱	۰/۶۶۸
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۴/۰۲۴	۱۱۰/۶۶۷	۲	۵۵	۰/۰۰۱	۰/۸۰۱

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد، در مرحله پس‌آزمون بین گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه، گروه امید درمانی و گروه کنترل ازلحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته (فعالیت‌های خودمراقبتی و کاهش اجتناب شناختی-رفتاری) تفاوت معنی‌داری وجود دارد (F=۳۳/۵۵۳ و P<۰/۰۰۱). به‌منظور بررسی نقطه این تفاوت، تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکووا روی نمره‌های فعالیت‌های خودمراقبتی و کاهش اجتناب شناختی-رفتاری انجام شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای بررسی تفاوت پس‌آزمون متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع شاخص‌ها	SS	df	MS	F	*p*	اندازه اثر
فعالیت‌های خود مراقبتی	۱۰۲۶/۱۶۸	۲	۵۱۳/۰۸۴	۴۱/۶۵۴	۰/۰۰۱	۰/۶۰۲
اجتناب شناختی-رفتاری	۱۸۸۳/۳۴۰	۲	۹۴۱/۶۷۰	۷۹/۲۶۵	۰/۰۰۱	۰/۷۴۲

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد، نسبت F تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای متغیر فعالیت‌های خودمراقبتی (F=۴۱/۶۵۴ و P<۰/۰۰۱) به دست آمد. این یافته نشان می‌دهد که بین گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه، گروه امید درمانی و گروه کنترل ازلحاظ فعالیت‌های خودمراقبتی تفاوت وجود دارد. به‌منظور بررسی دقیق‌تر این تفاوت در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل از آزمون تعقیبی **بنفرونی** استفاده گردید. جدول ۴ نتایج آزمون تعقیبی **بنفرونی** برای مقایسه میانگین‌های تعدیل‌یافته متغیر فعالیت‌های خودمراقبتی در گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه، گروه امید درمانی و گروه کنترل را نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین تعدیل‌یافته فعالیت‌های خودمراقبتی در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	میانگین‌های تعدیل‌یافته	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	p
فعالیت‌های خودمراقبتی	درمان فراتشخیصی یکپارچه - کنترل	۵۵/۸۴۳–۴۶/۳۲۶	۹/۵۱۷	۱/۱۱۰	۰/۰۰۱
	امید درمانی - کنترل	۵۴/۱۳۰–۴۶/۳۲۶	۷/۸۰۴	۱/۱۱۶	۰/۰۰۱
	درمان فراتشخیصی یکپارچه - امید درمانی	۵۵/۸۴۳–۵۴/۱۳۰	۱/۷۱۳	۱/۱۱۴	۰/۳۸۹

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین تعدیل‌یافته گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و گروه کنترل ازلحاظ فعالیت‌های خودمراقبتی برابر با ۹/۵۱۷ می‌باشد که در سطح ۰/۰۰۱ قرار دارد و ازلحاظ آماری معنی‌دار

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.1.4]
[DOI: 10.48305/21.2.200]

است. همچنین تفاوت بین میانگین تعدیل‌یافته گروه امید درمانی و گروه کنترل ازلحاظ فعالیت‌های خودمراقبتی برابر با ۷/۸۰۴ می‌باشد که در سطح ۰/۰۰۱ قرار دارد و ازلحاظ آماری معنادار است. علاوه بر این، تفاوت بین میانگین تعدیل‌یافته گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و گروه امید درمانی ازلحاظ فعالیت‌های خودمراقبتی برابر با ۱/۷۱۳ می‌باشد که در سطح ۰/۳۸۹ قرار دارد و ازلحاظ آماری غیرمعنی‌دار است؛ بنابراین بین گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و گروه امید درمانی ازلحاظ اثرگذاری بر فعالیت‌های خودمراقبتی تفاوت معناداری وجود ندارد.

علاوه بر این، همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۵ نشان می‌دهد، نسبت F تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای متغیر اجتناب شناختی–رفتاری (F= ۷۹/۲۶۵ و P<۰/۰۰۱) به دست آمد. این یافته نشان می‌دهد که بین گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه، گروه امید درمانی و گروه کنترل ازلحاظ اجتناب شناختی–رفتاری تفاوت وجود دارد. به‌منظور بررسی دقیق‌تر این نقاط تفاوت در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده گردید. جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین‌های تعدیل‌یافته متغیرهای اجتناب شناختی–رفتاری در گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه، گروه امید درمانی و گروه کنترل را نشان می‌دهد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین تعدیل‌یافته اجتناب شناختی–رفتاری گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	میانگین‌های تعدیل‌یافته	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	p
اجتناب شناختی– رفتاری	درمان فراتشخیصی یکپارچه – کنترل	۷۷/۲۵۶–۸۹/۹۹۵	−۱۲/۷۳۹	۱/۰۹۰	۰/۰۰۱
	امید درمانی – کنترل	۷۹/۱۵۰–۸۹/۹۹۵	−۱۰/۸۴۵	۱/۰۹۶	۰/۰۰۱
	درمان فراتشخیصی یکپارچه – امید درمانی	۷۷/۲۵۶–۷۹/۲۵۶	−۱/۸۹۴	۱/۰۹۴	۰/۲۶۷

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۵ نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین تعدیل‌یافته گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و گروه کنترل ازلحاظ اجتناب شناختی–رفتاری برابر با ۱۲/۷۳۹– می‌باشد که در سطح ۰/۰۰۱ قرار دارد و ازلحاظ آماری معنی‌دار است. همچنین تفاوت بین میانگین تعدیل‌یافته گروه امید درمانی و گروه کنترل ازلحاظ اجتناب شناختی–رفتاری برابر با ۱۰/۸۴۵– می‌باشد که در سطح ۰/۰۰۱ قرار دارد و ازلحاظ آماری معنی‌دار است. علاوه بر این، تفاوت بین میانگین تعدیل‌یافته گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و گروه امید درمانی ازلحاظ اجتناب شناختی– رفتاری برابر با ۱/۸۹۴– می‌باشد که در سطح ۰/۲۶۷ قرار دارد و ازلحاظ آماری غیرمعنی‌دار است؛ بنابراین بین گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و گروه امید درمانی ازلحاظ اثرگذاری بر اجتناب شناختی–رفتاری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به‌منظور مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه و امید درمانی بر فعالیت‌های خودمراقبتی و اجتناب شناختی–رفتاری در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ شهر اهواز انجام گردید. طبق نتایج به‌دست‌آمده و با توجه به تفاوت معنادار میانگین تعدیل‌یافته گروه‌های آزمایش با گروه کنترل و از سوی دیگر عدم تفاوت معنادار میانگین تعدیل‌یافته گروه‌های آزمایش با یکدیگر مشخص گردید که درمان فرا تشخیصی یکپارچه و امید درمانی در افزایش خود مراقبتی و نیز کاهش اجتناب شناختی–رفتاری افراد مبتلا به دیابت مؤثر بوده‌اند اما میان این دو رویکرد درمانی ازلحاظ اثرگذاری تفاوت معناداری وجود ندارد.

در خصوص اثرگذاری معنادار درمان فرا تشخیصی یکپارچه بر افزایش فعالیت‌های خودمراقبتی، یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های ماسون، میئل، شاو و آدامز (۶۲) و کیوان، خضری‌مقدم و رجب (۶۳) و در خصوص اثرگذاری معنادار این رویکرد درمانی بر کاهش اجتناب شناختی–رفتاری یافته‌ها با پژوهش‌های وارکویتسکی و همکاران (۲۷) و بارولو و همکاران (۲۶) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته باید گفت، درمان فراتشخیصی یکپارچه در درجه اول روی شناسایی الگوها و سبک‌های نادرست اجتناب از هیجان و افکار و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از این هیجان‌ها متمرکز است و در جلسات این رویکرد درمانی به افراد آموزش داده می‌شود که به‌جای سرکوب و اجتناب از هیجانات منفی، به‌صورت ذهنی و تجسمی با آن‌ها مواجهه شد و به بحث و بررسی و باز ارزیابی این هیجانات اقدام کرد؛ آموزش این تکنیک‌ها و راهبردها به بیماران دیابتی می–

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.1.4]
[DOI: 10.48305/21.2.200]

تواند موجب کاهش اجتناب شود و کمک کند به‌راحتی با محرک‌های تهدیدکننده و تنش‌زا روبرو شوند و نیز تصورات منفی خود از رفتارها و رویدادها را به افکار تبدیل نکنند (۲۶). پروتکل فراتشخیصی یکپارچه با تقویت تحمل بلاتکلیفی و عدم قطعیت و نیز کاهش افکار و باورهای فراشناختی ناکارآمد به‌طور غیرمستقیم، منجر به کاهش اجتناب شناختی و رفتاری در مراجعان ازجمله بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌شود. از سوی دیگر، بنا بر یافته‌های پژوهشی کیفیت مهارت رفتارهای خود مراقبتی بیماران، نتیجه‌ی باورها، اندیشه‌ها، رفتار و کردار خود بوده و به تصمیمات و عملکرد فرد مربوط می‌شود (۶۳). به همین دلیل، با توجه به این‌که در رویکرد فراتشخیصی یکپارچه، بر اهمیت اکتساب اطلاعات شناختی، احساس کارایی و استفاده از این مهارت‌های شناختی تأکید می‌شود، فراگیری این راهبردها از سوی افراد مبتلا به دیابت می‌تواند علاوه بر کمک به ارزیابی بهتر تفکرات و اصلاح شناخت‌های منفی و نادرست، روش‌های رفتاری ثمربخش را نیز به آن‌ها انتقال داده و به‌نوعی به خودآگاهی بیشتر آن‌ها منجر شود (۶۴). در حقیقت این درمان با ادغام مؤلفه‌های آگاهی از هیجان، پذیرش آن و عمل مبتنی بر ارزش‌ها و مقابله‌ی ذهن آگاهانه در بافت تمرین مهارت‌های مبتنی بر مواجهه، به افراد می‌آموزد که پریشانی هیجانی و ابهامات ذهنی خود را تحمل کنند، در صورت نیاز هیجانات را تعدیل یا کاهش دهند و انتخاب‌هایی همسو با ارزش‌هایشان انجام دهند (۶۵). انتخاب‌هایی که درنهایت منجر به افزایش رفتارهای خودمراقبتی و سلامت‌محور در آن‌ها خواهد شد.

از سوی دیگر، طبق نتایج مشخص گردید که امید درمانی به‌طور معناداری در افزایش فعالیت‌های خودمراقبتی و کاهش اجتناب شناختی-رفتاری در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ مؤثر می باشد. در خصوص اثرگذاری معنادار رویکرد امید درمانی بر افزایش فعالیت‌های خودمراقبتی، یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های ویناند و همکاران (۴۲)، ون‌کوکن (۶۶) و کریمی و همکاران (۴۰) و در خصوص اثرگذاری معنادار این رویکرد درمانی بر کاهش اجتناب شناختی-رفتاری، یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های بویسو و همکاران (۳۸) مطابقت و همسویی دارد. بنا بر یافته‌های پژوهشی، افراد امیدوار به آینده و دارای انگیزه‌های مثبت، انگیزه و تمایل بیشتری به شرکت در رفتارهای سلامت‌محور و خودمراقبانه از خود نشان می‌دهند و به‌طورکلی امید، به‌عنوان یک استراتژی مقابله‌ای مؤثر همراه با سازگاری مثبت با بیماری پذیرفته شده است (۶۷). «امید به‌عنوان خودمراقبتی» این فرصت را در بیماران مبتلا به دیابت ایجاد می‌کند که علی‌رغم نامشخص بودن نتیجه‌ی سلامتی، مثبت و با انگیزه باقی بمانند؛ زیرا نگرش منفی به آینده و ناامیدی در کنترل دیابت از مهم‌ترین عوامل عدم پایبندی به فعالیت‌های خودمراقبتی است (۴۲). وینتر-ریپلاست، پاتریک و کاتیک (۶۸) معتقدند کاهش امید و پیامد آن شامل بی‌توجهی به رژیم‌درمانی یکی از موانع شایع کنترل دائمی دیابت در افراد بوده است. در امید درمانی تأکید بر روی این نکته است که ناامیدی به علت بی‌معنا شدن زندگی ایجاد می‌شود، به همین جهت یکی از اصول اساسی امیددرمانی این است که هدف زندگی گریز از درد و رنج و لذت بردن نیست، بلکه یافتن امید در زندگی است (۶۹). به همین جهت در رویکرد امیددرمانی، آموزش‌ها حول محور تقویت حس امید و ایجاد هدف در زندگی و افزایش انگیزه برای رویارویی با چالش‌های زندگی است. فرض بر این است که وقتی فرد به علت مسائل و مشکلات بیماری، زندگی را بی‌هدف می‌پندارد، انگیزه خود را ازدست‌داده و دچار سرخوردگی و ناامیدی می‌شود که این عوامل با کاهش رفتارهای خودمراقبتانه در بیماران دیابتی همراه است. به همین دلیل در این رویکرد با ترغیب و تلاش برای کشف و ایجاد معنا و اهداف در زندگی از سوی بیمار و به دنبال آن کاهش ناامیدی و احساسات و نگرش‌های منفی نسبت به شرایط حال و آینده، انگیزه و اشتیاق بیشتری برای فعالیت‌های خودمراقبتی و رفتارهای سلامت‌محور در فرد ایجاد می‌گردد. از طرفی باید گفت امید داشتن و امیدوار بودن یکی از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر در مواجهه با تنش‌هاست؛ به‌نحوی‌که افراد امیدوار در زندگی گذرگاه‌ها و عامل‌های بیشتری برای دنبال کردن اهداف خود دارند و هنگامی‌که با موانع برخورد می‌کنند، به‌جای اجتناب کردن یا سرکوب کردن افکار یا هیجانات خود، انگیزه‌ی خود را حفظ کرده و از گذرگاه‌های جانشین استفاده می‌کنند، درنتیجه آموزش امید یا امیددرمانی گذرگاه‌ها و عامل‌های بیشتری در اختیار افراد می‌گذارد که این عوامل از طریق افزایش دستیابی به اهداف، افزایش عزت‌نفس و خودکارآمدی و کاهش اجتناب را در پی دارد (۷۰). در بیماران دیابتی نیز آگاهی بیماران از پیامد عواطف منفی بر سلامت روانی آن‌ها و مزایای داشتن زندگی شاد، معمولاً سبب کاهش عواطف منفی و افکار اجتنابی و ایجاد انگیزه و افزایش شورونشاط به نسبت به شرایط حال و آینده در آنان می‌شود؛ در این برنامه‌ی درمانی به مراجعان آموزش داده می‌شود تا اهداف مهم، قابل‌دستیابی و قابل‌اندازه‌گیری را تعیین کرده و برای دست‌یابی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.1.4]
[DOI: 10.48305/21.2.200]

به آن‌ها گذرگاه‌های متعددی در نظر بگیرند (۷۱). همچنین وجود راهبردهای رفتاری، گامی در جهت فعال کردن مراجعان است و به آن‌ها کمک می‌کند تا فعالانه اهداف تعیین‌شده را دنبال نمایند که این امر نیز به‌نوبه‌ی خود می‌تواند در کاهش اجتناب شناختی–رفتاری مؤثر باشد.

در خصوص مقایسه اثربخشی این دو رویکرد (درمان فرا تشخیصی یکپارچه و امید درمانی) نیز، نتایج نشان داد بین این دو رویکرد ازلحاظ اثرگذاری روی فعالیت‌های خودمراقبتی و اجتناب شناختی–رفتاری تفاوت معناداری وجود ندارد. در تبیین این عدم معناداری باید گفت که درمان فراتشخصیی یکپارچه و امید درمانی ازلحاظ مبانی نظری و فنون کاربردی شباهت‌های زیادی باهم دارند. در آموزش مبانی نظری، هر دو درمان تلاش می‌کنند فرد را به یک بینش و شناخت نسبت به انگیزه‌ی رفتار و احساسات خود برسانند و در بخش بعدی برای انتقال این آموزش و بینش به عمل و رفتار در دنیای واقعی تلاش صورت می‌گیرد. درواقع هردوی آن‌ها از فنون رویکردهای انسان‌گرا و تجربه‌گرا که مراجع را تشویق می‌کند تا تجربیات گذشته را در زمان حال و اینجا بازسازی کند، استفاده می‌کنند. در رویکرد فرا تشخیصی از طریق آگاهی فرد نسبت خطاهای شناختی، اسنادهای اشتباه، باورهای غیرمنطقی و مخرب در زندگی خود و کمک در جهت اصلاح آن‌ها با استفاده از دانش و تجربه‌ی خود (ادغام مؤلفه‌های آگاهی از هیجان، پذیرش آن و عمل مبتنی بر ارزش‌ها و مقابله‌ی ذهن آگاهانه در بافت تمرین مهارت‌های مبتنی بر مواجهه) ارتقای سواد اطلاعاتی بیماران در جهت ایجاد باورهای منطقی و کارآمد ارتقا پیدا می‌کند و درنتیجه بیماران با استفاده از تجارب و افزایش اطلاعات بهداشتی–درمانی، به اصلاح باورها و اسنادهای غلطی که موجب اضطراب، سرخوردگی، نارضایتی و ناامیدی و درنتیجه پایین آمدن رفتار خودمراقبتی آنان شده است، می‌پردازند (۶۵). از طرفی، از دیدگاه امید درمانی، پایه و اساس بی‌معنایی در زندگی، نداشتن هدف، احساس درماندگی و ناامیدی است، به همین دلیل نیز این رویکرد از طریق تغییر افکار و انگیزه‌های بیماران و تغییر نگرش و ارزش‌های آن‌ها نسبت به زندگی اکنون و آینده و پیدا کردن هدف و معنا در زندگی خود، باعث کاهش احساسات سرخوردگی و یأس در آن‌ها می‌گردد (۶۵) و با ایجاد انگیزه‌های مثبت و جهت‌دهی افکار و احساسات در جهت مثبت به‌عنوان یک استراتژی مقابله‌ای مؤثر سازگاری با بیماری (۶۷) تمایل و تلاش بیشتر برای به شرکت در رفتارها و فعالیت‌های خودمراقبتی را در آن‌ها ایجاد می‌کند. علاوه بر این در خصوص میزان اشتراکات این دو رویکرد باید گفت که در رویکرد درمانی یکپارچه‌نگر میزان امیدواری از طریق اصلاح باورهای غلط شناختی، نظیر سرزنش کردن خود، واکنش‌های منفی، مشکلات هیجانی، نگرانی‌های همراه با اضطراب، اجتناب نمودن، وابستگی، درماندگی نسبت به تغییر و افکاری که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود، تحت تأثیر قرار می‌گیرد و درنتیجه می‌توان گفت مداخله‌ی درمانی فراتشخیصی بر افزایش امیدواری بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مؤثر است. در امیددرمانی نیز به افراد آموخته می‌شود تا اهداف، گذرگاه‌ها و عوامل بیشتری در خود ایجاد کنند و با تمرکز بر موفقیت‌های گذشته به تعمیم انتظار برای موفقیت بپردازند. با توجه به آنچه گفته شد، لذا بین این دو مداخله ازنظر اثربخشی روی رفتارهای خودمراقبتی و اجتناب شناختی–رفتاری تفاوت بارز و معناداری مشاهده نشد.

در پایان باید گفت، این پژوهش مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی در عمل مواجهه بوده است ازجمله در دسترس بودن اعضای نمونه، کاهش دقت در پاسخ‌گویی به سؤالات متعدد پرسشنامه (پیش‌آزمون– پس‌آزمون) و نیز سوگیری تک‌روشی. به همین علت پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه روی جوامع دیابتی در شهرهای دیگر با فرهنگ‌های مختلف انجام گیرد و نیز در پژوهش‌های آتی سودمندی روش‌های درمانی به کار گرفته‌شده به‌صورت طولی و نحوه اثرگذاری آن‌ها در طول زمان مورد ارزیابی قرار گیرد تا از صحت یافته‌ها در طول زمان اطمینان بیشتری حاصل گردد. در خصوص پیشنهادات کاربردی نیز با توجه به شیوع بالای دیابت در ایران و هزینه‌های زیاد درمان آن و از طرفی اثربخش بودن درمان فراتشخیصی یکپارچه و امید درمانی، درمانگران و بخصوص روان‌شناسان سلامت می‌توانند از این شیوه‌های درمانی برای کاهش مشکلات روان‌شناختی و نیز افزایش رفتارهای خود مراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ استفاده کنند. همچنین مشاوره‌ی امیددرمانی باهدف امیدافزایی و درنتیجه بازگرداندن بیماران دیابتی به سبک زندگی عادی، پیش از مشاوره‌های روان‌درمانی حمایتی دیگر، از پیشنهاد دیگر پژوهش حاضر است. به‌علاوه، با توجه به اجرای پژوهش حاضر روی افراد متأهل، نتایج می‌تواند برای آموزش در کارگاه‌های آموزشی مشاوران خانواده مفید واقع گردد. دیگر این که پیشنهاد می‌شود برنامه–ریزان و مجریان سلامت کشور، درمان فراتشخیصی و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.1.4]
[DOI: 10.48305/21.2.200]

امیددرمانی را دستور کار خود قرار دهند تا از این طریق بتوان مراکز درمانی اثرگذارتری نسبت به قبل درزمینه بهبود بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ داشت و در آخر با توجه به اثربخش بودن درمان فراتشخیصی و امید درمانی پیشنهاد می‌شود که این شیوه‌های درمانی به‌عنوان مکمل درمان‌های دارویی در مراکز دولتی و خصوصی که به درمان بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌پردازند، مورداستفاده قرار گیرند.

تقدیر و تشکر

از تمامی زنان مشارکت‌کننده در پژوهش حاضر و همچنین مسئولین محترم تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Bogusch LM, O'Brien WH. The effects of mindfulness-based interventions on diabetes-related distress, quality of life, and metabolic control among persons with diabetes: a meta-analytic review. Behavioral Medicine. 2019;45(1):19-29.
2. Bullard KM, Cowie CC, Lessem SE, Saydah SH, Menke A, Geiss LS, et al. Prevalence of diagnosed diabetes in adults by diabetes type—United States, 2016. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2018;67(12):359.
3. Chatterjee S, Khunti K, Davies MJ. Type 2 diabetes. The lancet. 2017;389(10085):2239-51.
4. Pearson S, Wills K, Woods M, Warnecke E. Effects of mindfulness on psychological distress and HbA 1c in people with diabetes. Mindfulness. 2018;9:1615-26.
5. Kononenko IV, Smirnova OM, Mayorov AY, Shestakova MV. Classification of diabetes. World Health Organization 2019. What's new? Diabetes mellitus. 2020;23(4):329-39.
6. Nasirdehghan M, Tahmouresi N, Moghimbeigi A, Taghavi Kojidi H. Comparing the Effects of Metacognitive Therapy and Reality Therapy on Depression, Quality of Life, and HbA1c in Patients with Type 2 Diabetes. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2021;11(0):28-38. [Persian]
7. Snorgaard O, Poulsen GM, Andersen HK, Astrup A. Systematic review and meta-analysis of dietary carbohydrate restriction in patients with type 2 diabetes. BMJ Open Diabetes Research and Care. 2017;5(1):e000354.
8. Seyed Nour S, Homaei R. Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Therapy on the Self-Care Behaviors, Psychological Wellbeing, and Hope of Patients with Type II Diabetes. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2019;8(1):265-75. [Persian]
9. Toljamo M, Hentinen M. Adherence to self-care and glycaemic control among people with insulin-dependent diabetes mellitus. Journal of advanced nursing. 2001;34(6):780-6.
10. Trief PM, Grant W, Elbert K, Weinstock RS. Family environment, glycemic control, and the psychosocial adaptation of adults with diabetes. Diabetes care. 1998;21(2):241-5.
11. Davies MJ, D'Alessio DA, Fradkin J, Kernan WN, Mathieu C, Mingrone G, et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetologia. 2018;61:2461-98.
12. Steinsbekk A, Rygg LØ, Lisulo M, Rise MB, Fretheim A. Group based diabetes self-management education compared to routine treatment, waiting list control or no intervention for people with type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015(6).
13. Mensing C, Boucher J, Cypress M, Weinger K, Mulcahy K, Barta P, et al. National standards for diabetes self-management education. Diabetes care. 2005;28(suppl_1):s72-79.
14. Rawal LB, Tapp RJ, Williams ED, Chan C, Yasin S, Oldenburg B. Prevention of type 2 diabetes and its complications in developing countries: a review. International journal of behavioral medicine. 2012;19:121-33.
15. Dimidjian S, Barrera Jr M, Martell C, Muñoz RF, Lewinsohn PM. The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. Annual review of clinical psychology. 2011;7:1-38.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.1.4]
[DOI: 10.48305/21.2.200]

16. Aghajani S, SAMADIFARD H, Narimani M. The Role of Cognitive Avoidance Components and Metacognitive Belief in the Prediction of Quality of Life in Diabetic Patients. Health Psychology. 2017;6(21):142-56. [Persian]

17. Ottenbreit ND, Dobson KS. Avoidance and depression: the construction of the Cognitive–Behavioral Avoidance Scale. Behaviour research and therapy. 2004;42(3):293-313.

18. Fehm L, Margraf J. Thought suppression: specificity in agoraphobia versus broad impairment in social phobia? Behaviour Research and Therapy. 2002;40(1):57-66.

19. Dannahy L, Stopa L. Post-event processing in social anxiety. Behaviour Research and Therapy. 2007;45(6):1207-19.

20. Krieger T, Altenstein D, Baettig I, Doerig N, Holtforth MG. Self-compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. Behavior therapy. 2013;44(3):501-13.

21. Sexton KA, Dugas MJ. The cognitive avoidance questionnaire: validation of the English translation. Journal of anxiety disorders. 2008;22(3):355-70.

22. Gregg JA, Callaghan GM, Hayes SC, Glenn-Lawson JL. Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. Journal of consulting and clinical psychology. 2007;75(2):336.

23. Holaway RM, Heimberg RG, Coles ME. A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. Journal of anxiety disorders. 2006;20(2):158-74.

24. Brands AM, Biessels GJ, De Haan EH, Kappelle LJ, Kessels RP. The effects of type 1 diabetes on cognitive performance: a meta-analysis. Diabetes care. 2005;28(3):726-35.

25. Faal M, Atef Vahid T, Madadi Taeme Z, Shaaban N, Amani O. The Effectiveness of Accepted and Commitment Group Therapy on Psychological Flexibility and Family Communication Patterns in Women with Type 2 Diabetes. Journal of Nursing Education. 2019;7(4):41-9. [Persian]

26. Barlow DH, Ellard KK, Fairholme CP. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Workbook: Oxford University Press; 2010.

27. Varkovitzky RL, Sherrill AM, Reger GM. Effectiveness of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders among veterans with posttraumatic stress disorder: A pilot study. Behavior modification. 2018;42(2):210-30.

28. Allen LB, McHugh RK, Barlow DH. Emotional disorders: a unified protocol. 2008.

29. Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Thompson-Hollands J, Carl JR, et al. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. Behavior therapy. 2012;43(3):666-78.

30. Norton PJ, Barrera TL. Transdiagnostic versus diagnosis-specific CBT for anxiety disorders: A preliminary randomized controlled noninferiority trial. Depression and anxiety. 2012;29(10):874-82.

31. Aldao A. Emotion regulation strategies as transdiagnostic processes: a closer look at the invariance of their form and function= Estrategias de regulación emocional como procesos transdiagnósticos: una visión más detenida sobre la invarianza de su forma y fun. 2012.

32. McLaughlin KA, Nolen-Hoeksema S. Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. Behaviour research and therapy. 2011;49(3):186-93.

33. Bullis JR, Sauer-Zavala S, Bentley KH, Thompson-Hollands J, Carl JR, Barlow DH. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Preliminary exploration of effectiveness for group delivery. Behavior Modification. 2015;39(2):295-321.

34. Riccardi CJ. Randomized Pilot Study of a Brief Transdiagnostic Treatment for Anxiety Disorders. 2012.

35. Bilek EL. An Open Trial Investigation of Emotion Detectives: A Transdiagnostic Group Treatment for Children with Anxiety and Depression: University of Miami; 2011.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.1.4]

[DOI: 10.48305/21.2.200]

36. Newby JM, McKinnon A, Kuyken W, Gilbody S, Dalgleish T. Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. Clinical psychology review. 2015;40:91-110.
37. Steele SJ, Farchione TJ, Cassiello-Robbins C, Ametaj A, Sbi S, Sauer-Zavala S, et al. Efficacy of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of comorbid psychopathology accompanying emotional disorders compared to treatments targeting single disorders. Journal of psychiatric research. 2018;104:211-6.
38. Boisseau CL, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Barlow DH. The development of the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A case study. Cognitive and Behavioral Practice. 2010;17(1):102-13.
39. Joormann J, Gotlib IH. Emotion regulation in depression: Relation to cognitive inhibition. Cognition and Emotion. 2010;24(2):281-98.
40. Karimi S, Delavar A, khaemi F, Dortaj F. The Effect of Hope Therapy on Self-Care in Patients with Type II Diabetes. Community Health Journal. 2019;13(2):33-44. [Persian]
41. Chukwuemeka EE, Afamefuna OO, Nkechi BPDE-E, Okwudili NO, Eze N, Christian N, et al. Health Lifestyle and Self-Esteem as Correlates of Diabetes Distress among University Employees: Implication for Thriving at Work. 2017.
42. Wienand I, Rakic M, Shaw D, Elger B. The beneficence of hope: findings from a qualitative study with gout and diabetes patients. Journal of bioethical inquiry. 2018;15:211-8.
43. Baghery H, Ebrahimi H, Taghavi N, Hasani M. Evaluation of quality of life in patients with diabetes mellitus, based on its complications, referred to Emam Hossein Hospital, Shahroud. 2005. [Persian]
44. Allen VL. Learned optimism: A balm for social worker stress. Social Work & Christianity. 2017;44(4):83-91.
45. Roientan S, Azadi S, Afshin H, Amini Dn. The Effectiveness of Combined Therapy Based on Acceptance, Commitment and Hope Therapy on Quality of Life in Cancer Patients in Yasuj. Counseling Culture and Psycotherapy. 2019;10(38):221-42. [Persian]
46. Ghezelseflo M, Esbati M. Effectiveness of hope-oriented group therapy on improving quality of life in HIV+ male patients. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2013;84:534-7.
47. Gallagher MW, Smith LJ, Richardson AL, D'Souza JM, Long LJ. Examining the longitudinal effects and potential mechanisms of hope on COVID-19 stress, anxiety, and well-being. Cognitive Behaviour Therapy. 2021;50(3):234-45.
48. Sanatani M, Schreier G, Stitt L. Level and direction of hope in cancer patients: an exploratory longitudinal study. Supportive Care in Cancer. 2008;16:493-9.
49. Cheavens JS, Feldman DB, Woodward JT, Snyder C. Hope in cognitive psychotherapies: On working with client strengths. Journal of cognitive Psychotherapy. 2006;20(2):135-45.
50. Abedini E, Ghanbari Hashem Abadi B, Talebian Sharif J, Karimi Torshizi S. Effectiveness of Hope-based Group Therapy on the Quality of Life in Women With Multiple Sclerosis. North Khorasan University of Medical Sciences. 2016;7(3):623-36. [Persian]
51. Bahari F, Fatehizadeh M, Ahmadi SA, MolaviHossein, Bahrami F. The effect of hope, forgiveness and combined marital counseling on interpersonal cognitive distortions of divorcing couples Journal of Research in Behavioural Sciences. 2010;8(1):25-33. [Persian]
52. Ebadi P. The effectiveness of reality therapy on the hope of breast cancer patients. Iranian Journal of Breast Diseases. 2013;6(2):26-34. [Persian]
53. Aghakhani S, Bahari F. The Effectiveness of Nerve Planning Group-Languages Cognitive Expectancy and Quality of Life for Children With Cancer. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2018;24(3):256-69. [Persian]
54. Bahari F, Hamidipour D. Effectiveness of Group Logo Therapy on Hope and General Health of Dialysis Patients. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2015;13(2):288-99. [Persian]

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.1.4]
[DOI: 10.48305/21.2.200]

55. Zhang P, Lou P, Chang G, Chen P, Zhang L, Li T, et al. Combined effects of sleep quality and depression on quality of life in patients with type 2 diabetes. BMC family practice. 2016;17:1-7.
56. Esfahani NN, Talakoub S, Jafari-Mianaei S, Mostofizadeh N. Effect of group hope therapy on self-efficacy of adolescents with type 1 diabetes. Revista da Associação Médica Brasileira. 2021;67:1816-20. [Persian]
57. Rahimipour M, Shahgholian N, Yazdani M. Effect of hope therapy on depression, anxiety, and stress among the patients undergoing hemodialysis. Iranian journal of nursing and midwifery research. 2015;20(6):694. [Persian]
58. Valiyan AM, Sodani M, Shiralinia K, Khojasteh Mehr R. The effectiveness of behavioral activation therapy in reduction of depression symptoms, cognitive-behavioral avoidance and quality of life in students. Contemporary Psychology 2017;12(1):73-84. [Persian]
59. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. Diabetes care. 2000;23(7):943-50.
60. Rahimian Boogar E, Besharat MA, Mohajeri Tehrani M, Talepasand S. Predictive Role of Self-Efficacy, Belief of Treatment Effectiveness and Social Support in Diabetes Mellitus Self-Management. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2011;17(3):232-40.
61. Snyder CR. Handbook of hope: Theory, measures, and applications: Academic press; 2000.
62. Mason J, Meal A, Shaw I, Adams GG. Outcomes of mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy in adults with diabetes: a systematic review. Journal of diabetes and treatment. 2018;2018(2).
63. Keyvan S, Khezri Moghadam N, Rajab A. THE EFFECTIVENESS OF MINDFULNESS BASED STRESS REDUCTION (MBSR) ON PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT TO ILLNESS IN PATIENT WITH TYPE 2 DIABETES. Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders. 2018;17(2):105-16. [Persian]
64. Shojaeezadeh D, Tol A, Sharifirad G, Alhani F. Effect of education program based on empowerment model in promoting self-care among type 2 diabetic patients in Isfahan. Razi Journal of Medical Sciences. 2013;20(107):18-31. [Persian]
65. Pillow DR, Hale Jr WJ, Crabtree MA, Hinojosa TL. Exploring the relations between self-monitoring, authenticity, and well-being. Personality and Individual Differences. 2017;116:393-8.
66. Van Kuiken DM. The role of hope in self-care in person with heart failure: University of Cincinnati; 2009.
67. Reynolds MAH. Hope in adults, ages 20–59, with advanced stage cancer. Palliative & Supportive Care. 2008;6(3):259-64.
68. Vinter-Repalust N, Petricek G, Katic M. Obstacles which patients with type 2 diabetes meet while adhering to the therapeutic regimen in everyday life: qualitative study. Croatian medical journal. 2004;45(5):630-6.
69. Jaarsma TA, Pool G, Ranchor AV, Sanderman R. The concept and measurement of meaning in life in Dutch cancer patients. Psycho-Oncology: Journal of The Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer. 2007;16(3):241-8.
70. Retnowati S, Ramadiyanti D, Suciati A, Sokang Y, Viola H. Hope intervention against depression in the survivors of cold lava flood from Merapi mount. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2015;165:170-8.
71. Snyder CR, Feldman D, Shorey H, Rand K. Hopeful choices: A school counselor's guide to hope theory. Professional School Counseling. 2002;5(5):298.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.1.4]
[DOI: 10.48305/21.2.200]