

Comparing the Effectiveness of Resilience Training and Religious-based Cognitive-Behavioral Therapy in Adherence to Treatment in Type 2 Diabetes Patients

Leila Hassannia^{ID}, Mohamad Kazem Fakhri^{*ID}, Seyedeh Olia Emadian^{ID}

Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

*Correspondence should be addressed to Dr. Mohamad Kazem Fakhri; Email: Fakhri@iausari.ac.ir

Article Info

Received: Dec 12, 2021

Received in revised form:
Jan 16, 2021

Accepted: Feb 2, 2021

Available Online: Mar 21, 2022

Keywords:

Adherence to treatment

Diabetes Mellitus

Religious-based cognitive-behavioral therapy Resilience training

Type 2 diabetes



<https://doi.org/10.22037/jrrh.v8i1.33272>

Abstract

Background and Objective: Diabetes is one of the chronic diseases in which adherence to treatment plays a significant role in adherence to treatment and preventing its complications. The aim of this study was to compare the effectiveness of religion-based cognitive-behavioral therapy (RCBT) and resilience education in adherence to the treatment of patients with type 2 diabetes.

Methods: This is a quasi-experimental study with pre-test post-test control group design. Among type 2 diabetic patients referring to health service centers 45 were selected by targeted sampling method as the final sample, who were then randomly assigned to three groups of 15 including two experimental groups and one control group. One experimental group received 10 sessions of 60 minutes of RCBT and the other group received 9 sessions of 60 minutes of resilience training. Data were analyzed using univariate analysis of covariance and Tukey test. In this study, all ethical considerations were observed and no conflict of interest was reported by the authors.

Results: The results showed a difference between the experimental and control groups in the post-test of adherence to treatment with pre-test control ($P=0.001$, $F=22.5$) at 95% confidence level ($P<0.05$). Also, there was no statistically significant difference between RCBT and resilience training groups ($F=8.46$, $P=0.2$) at 95% level ($P<0.05$) in this regard.

Conclusion: The results showed that RCBT and resilience training are both effective in increasing adherence to the treatment of diabetic patients, so both methods can be used as an adjunct in the treatment of diabetic patients to increase adherence to treatment.

Please cite this article as: Hassannia L, Fakhri MK, Emadian SO. Comparing the Effectiveness of Resilience Training and Religious-based Cognitive-Behavioral Therapy in Adherence to Treatment in Type 2 Diabetes Patients. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2022;8(1):38-52. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v8i1.33272>

Summary

Background and Objective

Type 2 diabetes is considered an important disease in terms of causing mortality and disability, which is associated with fragility conditions (1) and is one of the most common chronic diseases. The use of medication in the management of this disease is vital. However, the effectiveness of treatment largely depends on the degree of adherence to the prescribed medication. Drug compliance in patients with type 2 diabetes

in primary care clinics is poor (2). Health policymakers and staff should consider interventions to increase the resilience of diabetics so that they can achieve better blood sugar control and manage their diet, medication, activity, and stress properly (3). Resilience is the ability to adapt the level of control to environmental conditions (4).

Although resilience is partly a function of personality traits, it is also a function of individuals' environmental experiences. Therefore, human beings are not absolute victims of the environment and heredity, and people's

reactions to stress, unpleasant events and difficulties can be changed so that they can overcome the problems and the negative impact of the environment (5).

Considering the importance and necessity of paying attention to the economic and social burden of diabetes and the role of adherence to the treatment of patients with diabetes in the prevention of complications, the present study investigated and compared the effectiveness of religion-based cognitive-behavioral therapy and resilience training on adherence to treatment in patients with type 2 diabetes.

Methods

Compliance with ethical guidelines: Observing the right of choice and authority of the subject to participate in the project, confidentiality of personal information, providing the necessary information on how to implement the research project, obtaining informed consent, leaving the project in case of dissatisfaction of participants and providing medical interventions to the control group after the study. Were the most important ethical issues observed in the present study.

This study was quasi-experimental and involved the use of two experimental groups and a control group. It was carried out using a pre-test post-test design. The statistical population included all the patients with diabetes under the auspices of family physicians of Ghaemshahr comprehensive health services centers, out of whom 45 were selected as the final sample by purposive sampling method. Then, they were randomly assigned to three groups of 15, including two experimental groups and a control group.

First, demographic and adherence to treatment (6) questionnaires were administered in both experimental and control groups. The patients in the two experimental groups received 10 sessions of 60 minutes, once a week, in addition to receiving routine medical care; one group underwent cognitive-behavioral therapy (7, 8) and the other group received resilience training (9, 10). The patients in the control group received only routine medical care during this period. Post-test was applied to both groups one week after the end of the interventions.

Data were univariate analysis of covariance (ANCOVA) and Tukey test.

Results

The results showed a difference between the religious-oriented cognitive behavioral education group and the control group in the variable of

adherence to treatment (28.46, $P=0.001$) and this educational program could increase adherence to treatment in the patients with type 2 diabetes in the cognitive therapy group (173.46) compared to the control group (145). The results also showed that there is a difference between the resilience training group and the control group in the variable of adherence to treatment ($P=0.0001$) and this training program was able to increase adherence to treatment in the patients with type 2 diabetes in the resilience training group (46/173) compared to the control group (145). Comparing the two methods by Tukey test also showed no significant difference between religion-oriented cognitive behavioral education group and resilience education group (8.46, $P=0.2$). This finding shows that despite the increase in the mean related to adherence to treatment in the group that received religion-based cognitive behavioral therapy (173.46) compared to the group of resilience education (165), this difference was not statistically significant.

Conclusion

Studies on the patients with diabetes show that they have a low level of adherence to treatment (6). Non-adherence to treatment is one of the reasons for treatment failure, increased complications and other problems, including increased treatment costs (11).

The results showed that there was a significant difference between the group of RCBT, resilience education and the control group in terms of adherence to treatment. But there is no significant difference between the two groups of cognitive-behavioral therapy and resilience training. This means that both treatments were effective in increasing adherence to treatment.

Research shows that resilient individuals follow better treatment than other patients (12-14); this finding is consistent with the findings of the present study. Resilience is a new approach that increases adherence coping strategies and reduces the likelihood of non-adherence to treatment (14). On the other hand, religious beliefs can also lead to inner peace and ultimately increase adherence to treatment by creating hope and encouraging positive attitudes (15-17). A sense of belonging to a high source helps people to hope for God's help and to be optimistic about the future in difficult situations in the face of stressful life events (18, 19). It is also suggested that due to the cross-sectional nature of this study, researchers conduct longitudinal studies to evaluate the sustainability of the effectiveness of

religion-based cognitive-behavioral therapy and resilience training.

Acknowledgements

We would like to thank the dear patients, staff and psychologists of the comprehensive health services centers, who helped us in conducting this research in the context of the covid-9 outbreak by following the health protocols.

Ethical considerations

According to the authors, this article is obtained from the doctoral dissertation in general psychology with ethics code IR.IAU.SARI.REC.1399.099.

Funding

According to the authors, this research was done at the personal expense of the authors and received no sponsorship.

Conflict of interest

The authors did not report any conflict of interest in this study.

Authors' contribution

Writing the article and doing the statistical analyses: first author; the supervisor: second author; and the consultant professor: third author.

References

- Naghavi M, Abajobir AA, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, Abera SF, et al. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. 2017;390(10100):1151-210.
- Ahmad NS, Ramli A, Islahudin F, Paraidathathu T. Medication adherence in patients with type 2 diabetes mellitus treated at primary health clinics in Malaysia. Patient preference and adherence. 2013;7:525-30.
- Kusnanto K, Arifin H, Widyawati IY. A qualitative study exploring diabetes resilience among adults with regulated type 2 diabetes mellitus. *Diabetes & Metabolic syndrome: Clinical research & Reviews*. 2020;14(6):1681-87.
- Abolghasemi S, Mahmoudi G. The effectiveness of stress immunization teaching on reducing stressful psychological feelings and blood glucose control in patients with type 2 diabetes. *World applied sciences journal*. 2012;17(3):284-91.
- Ryan AK, Pakenham KI, Burton NW. A pilot evaluation of a group acceptance and commitment therapy-informed resilience training program for people with diabetes. *Australian psychologist*. 2020;55(3):196-207.
- Modanloo M. Development and psychometric tools adherence of treatment in patients with chronic. Iran: Iran university. 2013. (Full Text in Persian)
- Hashemi Z. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy Based on Religious Attitudes and metacognitive Therapy in Students with Suicidal Thoughts. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2020;15(59):14-29. (Full Text in Persian)
- Faghihi A, Ghobari Bonab B, Ghasemipoor Y. Comparing Islamic multifacets model with Beck's cognitive model in depression therapy. *Studies in Islam and Psychology*. 2008;1(1):69-86. (Full Text in Persian)
- Henderson N, Milstein MM. Resiliency in schools: Making it happen for students and educators: Corwin Press; 2003.
- Hoseini Beheshtian SM, Mirzazadeh R. Effectiveness of resilience training on emotion regulation strategies and life satisfaction among women-headed households. *Sociological Cultural Studies*. 2016;7(3):19-36. (Full Text in Persian)
- Olokoba AB, Obateru OA, Olokoba LB. Type 2 diabetes mellitus: a review of current trends. *Oman medical journal*. 2012;27(4):269-73.
- Alipour LA, Akbari DM, Amini F, Hashemi JA. Relationship between perceived social support and adherence of treatment in diabetes mellitus type 2: mediating role of resiliency and hope. 2016;10(2):53-67. (Full Text in Persian)
- Aghayousefi A, Dehestani M, Salary S. The Role of Perceived Social Support and Resilience in Predicting the Quality of Life in patients with Type 2 Diabetes. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2017;18(5):334-42. (Full Text in Persian)
- Furniss D, Barber N, Lyons I, Eliasson L, Blandford A. Unintentional non-adherence: can a spoon full of resilience help the medicine go down? *BMJ quality & safety*. 2014;23(2):95-8.
- Yeganeh T. Role of Religious Orientations in Determination of Hope and Psychological Well-being in Female Patients with Breast Cancer. *Quarterly of Iran breast diseases*. 2013;6(3).
- Salimi S, Hajibabaei HR, Rezazadeh-Asgari Z. The Effect of Faith in Divine Mercy on the Reduction of Cognitive Aspects of Mental Pressures from the Perspective of the Quran. *Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat*. 2020;6(3):157-69. (Full Text in Persian)

17. Hamid N, Ahmadian A, AkbariShaye Y. Effectiveness of cognitive behavior therapy based on religious believes on hope and quality of life in the patients suffering breast cancer. *Hormozgan Medical Journal*. 2012;16(3):213-21. (Full Text in Persian)
18. Jani S, Molaee M, Jangi GS, Pouresmali A. Effectiveness of cognitive therapy based on religious believes on death anxiety, social adjustment and subjective well-being in the cancer patients. 2014; 22(5):94-103. (Full Text in Persian)
19. Akuchekian S, Jamshidian Z, Maracy MR, Almasi A, Jazi AHD. Effectiveness of religious-cognitive-behavioral therapy on religious oriented obsessive compulsive disorder and its co-morbidity. *Journal of Isfahan medical school*. 2011;28(114):1-11. (Full Text in Persian)



مقارنة مدى تأثير العلاج السلوكي والمعرفي القائم على الدين وتعليم المرونة في الالتزام بعلاج المرضى المصابين بداء السكري من النوع الثاني

ليلا حسن نيا^{ID}، محمداظم فخري^{ID*}، سيدة علياء عماديان^{ID}

قسم علم النفس، فرع ساري، جامعة آزاد الإسلامية، ساري، إيران.

* المراسلات الموجهة إلى الدكتور محمداظم فخري؛ البريد الإلكتروني: Fakhri@iausari.ac.ir

معلومات المادة

الوصول: ٢٦ ربيع الثاني ١٤٤٢

وصول النص النهائي: ٢ جمادى الثاني ١٤٤٢

القبول: ١٩ جمادى الثاني ١٤٤٢

النشر الإلكتروني: ١٨ شعبان ١٤٤٣

الملخص

خلفية البحث وأهدافه: يعتبر مرض السكري من الأمراض المزمنة التي يلعب الالتزام بالعلاج فيها دوراً مهماً في الحد من مضاعفاته. الغرض من هذه الدراسة، مقارنة مدى تأثير العلاج السلوكي والمعرفي القائم على الدين (RCBT) وتعليم المرونة في الالتزام بعلاج المرضى المصابين بداء السكري من النوع الثاني.

منهجية البحث: الدراسة الحالية عبارة عن دراسة شبه تجريبية مع تصميم الاختبار القبلي والبعدي والمجموعة الضابطة. تم اختيار ٤٥ شخصاً للعينات النهائية بطريقة أخذ العينات الهادفة من بين مرضى السكري من النوع ٢ الذين تمت مراجعتهم إلى مراكز الخدمات الصحية ومن ثم تم تقسيمهم بشكل عشوائي بسيط في ثلاث مجموعات ذات ١٥ شخصاً بما في ذلك مجموعتان تجريبية و مجموعة ضابطة. تلقت إحدى المجموعات التجريبية ١٠ جلسات مدتها ٦٠ دقيقة من العلاج السلوكي والمعرفي القائم على الدين وتلقيت المجموعة الأخرى ٩ جلسات مدتها ٦٠ دقيقة لتعليم المرونة. تم تحليل البيانات باستخدام تحليل التباين الأحادي المتغير واختبار Tukey. تمت مراعاة جميع الموارد الأخلاقية في هذا البحث وإضافة إلى هذا فإن مؤلفي البحث لم يشيروا إلى أي تضارب في المصالح.

المعطيات: أظهرت النتائج ان هناك اختلاف بين المجموعات التجريبية و المجموعة الضابطة في الاختبار البعدي للالتزام بالعلاج مع تحكم بالاختبار القبلي ($P=0.001$ و $F=22/5$) عند مستوى الثقة؛ الا انه ليس هناك اختلاف ذو دلالة احصائية بين مجموعة العلاج السلوكي والمعرفي القائم على الدين ومجموعة تعليم المرونة ($F=8/46$ و $P=0/2$) في مستوى ٩٥% ($P<0/05$).

الاستنتاج: أظهرت المعطيات ان العلاج المعرفي والسلوكي القائم على الدين و تعليم المرونة يؤثران على ازدياد مستوى الالتزام بالعلاج عند المرضى المصابين بالسكري. ومن هذا المنطلق ينبغي استخدام كلتا الطريقتين كطرق مساعدة في علاج مرضى السكري وذلك من اجل زيادة الالتزام بالعلاج؟

الكلمات الرئيسية:

الالتزام بالعلاج

تعليم المرونة

العلاج السلوكي والمعرفي القائم على الدين

مرض السكري من النوع ال ٢

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Hassannia L, Fakhri MK, Emadian SO. Comparing the Effectiveness of Resilience Training and Religious-based Cognitive-Behavioral Therapy in Adherence to Treatment in Type 2 Diabetes Patients. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2022;8(1):38-52. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v8i1.33272>

مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مذهب محور و آموزش تاب آوری در تبعیت از درمان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

لیلا حسن نیا^{id}، محمد کاظم فخری^{id*}، سیده علیا عمادیان^{id}

گروه روان شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

*مکاتبات خطاب به دکتر محمد کاظم فخری؛ رایانامه: Fakhri@iausari.ac.ir

اطلاعات مقاله

دریافت: ۲۲ آذر ۱۳۹۹

دریافت متن نهایی: ۲۷ دی ۱۳۹۹

پذیرش: ۱۴ بهمن ۱۳۹۹

نشر الکترونیکی: ۱ فروردین ۱۴۰۱

واژگان کلیدی:

آموزش تاب آوری

تبعیت از درمان

درمان شناختی-رفتاری مذهب محور

دیابت نوع دو

چکیده

سابقه و هدف: بیماری دیابت از جمله بیماری‌های مزمن است که برای جلوگیری از عوارض آن تبعیت از درمان نقش بسزایی دارد. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مذهب محور (RCBT) و آموزش تاب آوری در مؤلفه‌های تبعیت از درمان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شده است.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون و گروه کنترل است که از میان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت با روش نمونه گیری هدفمند، تعداد ۴۵ نفر نمونه نهایی در نظر گرفته و سپس به طور تصادفی ساده در سه گروه ۱۵ نفره شامل دو گروه آزمایش و یک گروه گواه گمارده شدند. یک گروه آزمایشی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای درمان شناختی-رفتاری مذهب محور و گروه دیگر ۹ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای آموزش تاب آوری دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیره و آزمون توکی تجزیه و تحلیل شد. در این پژوهش همه موارد اخلاقی رعایت شده است و مؤلفان مقاله تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین گروه‌های آزمایش و گروه گواه در پس آزمون تبعیت از درمان با کنترل پیش آزمون ($P=0/001$ و $F=22/5$) در سطح اطمینان ۹۵ درصد ($P<0/05$) تفاوت وجود داشت؛ ولی در بین دو گروه درمان شناختی-رفتاری مذهب محور و آموزش تاب آوری ($F=8/46$ و $P=0/2$) در سطح ۹۵ درصد ($P<0/05$) به لحاظ آماری تفاوت معنادار وجود نداشت.

نتیجه گیری: یافته‌ها نشان داد که درمان شناختی-رفتاری مذهب محور و آموزش تاب آوری هر دو در افزایش تبعیت از درمان بیماران مبتلا به دیابت مؤثر است. بنابراین از هر دو روش می‌توان به عنوان روشی کمکی در درمان بیماران مبتلا به دیابت جهت افزایش تبعیت از درمان بهره برد.

استناد مقاله به این صورت است:

Hassannia L, Fakhri MK, Emadian SO. Comparing the Effectiveness of Resilience Training and Religious-based Cognitive-Behavioral Therapy in Adherence to Treatment in Type 2 Diabetes Patients Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2022;8(1):38-52. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v8i1.33272>

مقدمه

سیاست‌گذاران و کارکنان بهداشت و درمان باید مداخلاتی برای افزایش انعطاف‌پذیری بیماران مبتلا به دیابت در نظر بگیرند تا بتوانند به وضعیت کنترل قند خون بهتر دست یابند و رژیم غذایی، دارویی، فعالیت و استرس خود را به‌درستی مدیریت کنند (۱۳). محققان نشان داده‌اند که درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور^۱ می‌تواند امید به زندگی، شادکامی و انعطاف‌پذیری را افزایش دهد. تاب‌آوری^۲ توانایی منطبق‌ساختن سطح کنترل بر حسب شرایط محیطی است (۱۴). هرچند تاب‌آوری تا حدی تابع ویژگی‌های شخصیتی است، تابع تجربه‌های محیطی افراد نیز می‌باشد. از این رو، انسان‌ها قربانی مطلق محیط و وراثت نیستند و می‌توان واکنش افراد را در مقابل استرس، رویدادهای ناخوشایند و دشواری‌ها تغییر داد؛ به‌طوری که بتوانند بر مشکلات و تأثیرات منفی محیطی غلبه کنند (۱۵).

نظر به اهمیت و لزوم توجه به بار اقتصادی و اجتماعی بیماری دیابت و نقش تبعیت از درمان بیماران مبتلا به دیابت در پیشگیری از عوارض جبران‌ناپذیر آن و ضرورت کاربرد یک روش درمانی مبتنی بر فرهنگ اسلامی در جامعه ایرانی-اسلامی و مقایسه آن با یک رویکرد درمانی مطرح روان‌شناسی و لزوم بومی‌سازی روش‌های درمانی با توجه به فرهنگ هر جامعه، در پژوهش حاضر به بررسی و مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور و آموزش تاب‌آوری بر تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو پرداخته شده است. امید است یافته‌های این مطالعه راهگشای پژوهش‌های آینده در زمینه درمان‌های روان‌شناختی برای بیماران مبتلا به دیابت در کنار درمان‌های دیگر باشد تا بتوان در پیشگیری از معلولیت‌های ناشی از عوارض جسمانی این بیماری موفق بود.

روش کار

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: رعایت حق انتخاب و اختیار آزمودنی برای شرکت در طرح، محرمانه‌بودن اطلاعات شخصی، دادن اطلاعات لازم در زمینه نحوه اجرای طرح پژوهشی، کسب رضایت آگاهانه، خروج از طرح در صورت رضایت‌نداشتن شرکت‌کنندگان و ارائه مداخلات درمانی به گروه کنترل پس از پایان مطالعه، مهم‌ترین مسائل اخلاقی رعایت‌شده در پژوهش حاضر بود.

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی شامل دو گروه آزمایش و

دیابت نوع دو از نظر مرگ‌ومیر و ناتوانی که با شرایط شکنندگی همراه است، بیماری مهمی تلقی می‌شود (۱) که به نگرانی عمده تبدیل شده است؛ زیرا همه گروه‌های سنی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. برآورد شده است میزان ابتلا به دیابت بین سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۰ حدود ۵۵ درصد افزایش یافته است. روند جهانی و منطقه‌ای دیابت در سال ۲۰۱۷ حدود ۴۶۲ میلیون نفر در سرتاسر جهان بوده است که تخمین زده می‌شود در سال ۲۰۳۰ به بیش از ۷۰۷۹ نفر در ۱۰۰۰۰۰ نفر افزایش یابد (۲). پس جای تعجب نیست که دیابت نوع دو در حال حاضر یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن است. استفاده از دارو در مدیریت این بیماری امری حیاتی است. با این حال، اثربخشی درمان تاحدزیادی به میزان پایبندی به داروهای تجویز شده بستگی دارد. رعایت دارو در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در درمانگاه‌های بهداشت اولیه ضعیف است که این مسئله موجب نگرانی می‌شود؛ زیرا رعایت‌نکردن آن می‌تواند به بدتر شدن بیماری منجر شود (۳). با این حال، با تغییر در سبک زندگی، تغذیه، فعالیت بدنی و آموزش شناختی شاخص شکنندگی می‌توان عوارض آن را کاهش داد (۴). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که دیابت نوع دو خطر اختلال شناختی (۵) و افسردگی (۶) و همچنین جبران سوخت‌وساز بدن را افزایش (۷) و پایبندی دارویی را کاهش می‌دهد. علاوه بر این، پایبندنبودن به مراقبت‌های پزشکی در مراقبت از بیماران مبتلا به دیابت با میزان بستری در ارتباط است. پایبندی به توصیه‌های پزشکی با کاهش چشمگیر بستری شدن بیماران در بیمارستان و گرایش به ویزیت کمتر همراه بود (۸). معنویت و رشد معنوی انسان در چند دهه گذشته به‌صورتی روزافزون توجه روان‌شناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است؛ به‌گونه‌ای که سازمان جهانی بهداشت در تعریف ابعاد وجودی انسان به ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی اشاره می‌کند و بُعد چهارم یعنی بُعد معنوی را نیز در رشد و تکامل انسان مطرح می‌سازد (۹، ۱۰). افراد بسیاری برای یافتن معنا از طریق روند کنارآمدن با چنین بیماری جدی‌ای به دین یا اعتقادات معنوی خود متوسل می‌شوند. به همین منظور در سال‌های اخیر به تحقیقات در زمینه مقابله با مذهب بیشتر توجه شده است (۱۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که معنویت و دین‌داری افراد در کاهش افکار خودکشی بیماران مزمن و افسرده مؤثر است (۱۲).

^۱ Religious-based cognitive-behavioral therapy (RCBT)

^۲ Resilience

مجله پژوهش در دین و سلامت

۲) پرسش‌نامه تبعیت از درمان: مدانلو این پرسش‌نامه را در سال ۱۳۹۲ برای بیماران مزمن طراحی و روان‌سنجی کرده است. همسانی درونی پرسش‌نامه با محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۹۲۱ و پایایی ابزار با استفاده از روش آزمون مجدد سنجیده شد که در مطالعه مدانلو ضریب همبستگی $r=0/875$ بود. این پرسش‌نامه شامل ۴۰ سؤال در هفت حیطه است که حیطه‌های اهتمام در درمان (۹ سؤال)، تمایل به مشارکت در درمان (۷ سؤال)، توانایی تطابق (۷ سؤال)، تلفیق درمان با زندگی (۵ سؤال)، چسبیدن به درمان (۴ سؤال)، تعهد به درمان (۵ سؤال) و تدبیر در اجرای درمان (۳ سؤال) را دربرمی‌گیرد. این پرسش‌نامه بر درجه‌بندی پنج‌گانه لیکرت به صورت کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم طبقه‌بندی شده است. حداقل و حداکثر امتیاز در حیطه‌های اهتمام در درمان ۰-۴۵، تمایل به مشارکت در درمان ۰-۳۵، توانایی تطابق ۰-۳۵، تلفیق درمان با زندگی ۰-۲۵، چسبیدن به درمان ۰-۲۰، تعهد به درمان ۰-۲۵ و تدبیر در اجرای درمان ۰-۱۵ است که بر اساس دستورالعمل طراح پرسش‌نامه، امتیازهای اولیه تبدیل به امتیاز بین ۰-۱۰۰ می‌شود. بر اساس این پرسش‌نامه، کسب امتیاز ۷۵-۱۰۰ درصد به معنای تبعیت از درمان بسیار خوب، امتیاز ۵۰-۷۴ درصد به معنای تبعیت از درمان خوب، امتیاز ۲۶-۴۹ درصد به معنای تبعیت از درمان متوسط و کسب امتیاز ۰-۲۵ درصد به معنای تبعیت از درمان ضعیف در نظر گرفته شد. در نتیجه نهایی نمرات و محاسبات، هرچه میزان نمره فرد بیشتر باشد وضعیت تبعیت از درمان بهتری دارد (۱۶، ۱۷).

ساختار مداخله درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور

(RCBT): محتوای جلسه‌های درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور مطابق با شیوه‌نامه درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر آموزه‌های اسلام است (۱۸-۲۲). در این رویکرد علاوه بر روش‌های شناخت درمانگری که هدف آن تغییر باورهای غلط بیمار و تبدیل افکار خودکار منفی به افکار منطقی است، طی جلسات درمانگری به فرد کمک می‌شود تا اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کند و به نظم جهان هستی، وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی توجه و تمرکز نماید. محتوای جلسات شناختی-رفتاری مذهب‌محور به شرح زیر است:

جلسات اول و دوم: آشنایی اعضای گروه با یکدیگر،

معرفی و توضیح درباره روش درمان، اهداف، قوانین و ضرورت آموزش، تشخیص هیجان‌های ناخوشایند، رویدادهای

یک گروه گواه است که با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام گرفته است. جامعه آماری شامل تمامی بیماران مبتلا به دیابت تحت پوشش پزشکان خانواده مراکز خدمات جامع سلامت شهر قائمشهر بود که از میان آنان تعداد ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند نمونه‌نهایی در نظر گرفته شدند و سپس به‌طور تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره شامل دو گروه آزمایش و یک گروه گواه گمارده شدند. ارزیابی اولیه با استفاده از رایانه و با اطلاعاتی که مراقب سلامت و پزشک خانواده شهری در سامانه سیب ثبت کرده بودند، صورت گرفت و بیماران پرسش‌نامه و اطلاعات جمعیت‌شناختی را بدون نام و با کد Id تکمیل کردند؛ بدین صورت که روان‌شناس مرکز خدمات جامع سلامت با نظارت پژوهشگر پرسش‌نامه پیش‌آزمون را توزیع کرد و بعد از پایان مداخلات نیز پرسش‌نامه در میان بیماران مبتلا به دیابت که مداخله دریافت کرده بودند، توزیع و تجزیه و تحلیل شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت است از: سن بین ۳۰ تا ۶۰، تشخیص دیابت نوع دو از دست‌کم یک سال پیش از آغاز پژوهش، تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش، مصرف داروهای خوراکی و دریافت نکردن انسولین، تحصیلات بالاتر از سیکل و استفاده نکردن از داروهای روان‌پزشکی.

یادآوری این نکته لازم است که پژوهشگر تحت نظارت استادان دانشگاه مداخله روان‌شناختی تحقیق را انجام داد؛ بدین صورت که در ابتدا در هر دو گروه آزمایش و کنترل پیش‌آزمون پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه تبعیت از درمان اجرا شد. بیماران دو گروه آزمایش در کنار دریافت مراقبت‌های معمول پزشکی، به مدت ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، به صورت یک‌بار در هفته یک گروه تحت درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور و گروه دیگر تحت آموزش تاب‌آوری مطابق شیوه‌نامه جدول شماره ۱، قرار گرفتند؛ اما بیماران گروه کنترل در این مدت تنها مراقبت‌های معمول پزشکی دریافت نمودند. به فاصله یک هفته پس از پایان مداخلات، پس‌آزمون روی هر دو گروه اعمال شد.

در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌های زیر استفاده شده است:

۱) پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی: محقق این پرسش‌نامه را برای جمع‌آوری اطلاعات جمعیت‌شناختی نظیر سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، سابقه بیماری‌های جسمی، سابقه اختلال‌های روان‌پزشکی و نوع داروی مصرفی طراحی کرده است.

عمیق به مدت ۱۰ دقیقه، تجسم ذهنی بر پدیده‌های مختلف هستی جهت کسب انرژی مثبت و توان مضاعف، جایگزینی افکار منفی با افکار منطقی، مروری بر هیجانات و رفتار منطقی و خوشایند به دنبال افکار منطقی، بررسی تغییراتی که مراجعان در وضعیت خود احساس کرده‌اند، بیان احساسات و اطمینان خاطر به مراجعان که به کارگیری فنون آموخته شده در طی جلسات مشکلی برای آنان پیش نخواهد آورد (۲۳).

ساختار آموزش تاب‌آوری: شیوه‌نامه آموزش تاب‌آوری برگرفته از برنامه هندرسون و میلستین است (۲۴-۲۶). ساختار آموزش تاب‌آوری در جدول شماره ۱ آمده است. ساختار هر جلسه شامل بررسی تکالیف خانگی، مرور جلسه قبل، ارائه موضوع اصلی، خلاصه و جمع‌بندی و توضیح تکالیف خانگی جلسه بعد بود.

برانگیزاننده منفی، افکار ناخوشایند، فرم ثبت رویدادها، هیجان‌ها و ثبت افکار منفی به عنوان تکالیف خانگی.

محتوای جلسات سوم و چهارم: مروری بر افکار منفی و چالش با آنها، استناد به آیات قرآن و احادیث درباره حل مشکلات و مواجهه صحیح با رویدادهای تقویت صبر و بردباری و توکل به پروردگار، نیایش و تقویت ارتباط مستمر با خالق هستی.

محتوای جلسات پنجم تا هفتم: مروری کوتاه بر جلسات قبلی، آموزش فن توجه‌برگردانی از خود به سوی کائنات و جهان هستی، تقویت امید به بهبودی، فعال‌سازی رفتار، استناد به احادیث در کنار فنون شناختی-رفتاری به منظور به چالش کشیدن افکار منفی و غیرمنطقی.

جلسات هشتم تا دهم: آموزش آرامش عضلانی و تنفس

جدول (۱) شیوه‌نامه آموزش تاب‌آوری

جلسه	اهداف	محتوا
اول	آشنایی و پذیرش برقراری روابط حسنه رهنمودهایی برای مشارکت اعضا	- معرفی پژوهشگر و اعضا؛ - توضیح خطوط کلی جلسات برای اعضا و کار و تکالیف گروهی.
دوم	چارچوب کلی بحث	- معرفی ویژگی‌های افراد تاب‌آور: (۱) شادی، (۲) خردمندی و بینش، (۳) شوخ طبعی، (۴) همدلی، (۵) کفایت‌های عقلانی، (۶) هدفمندی در زندگی و (۷) ثبات قدم. - شناخت موقعیت‌های ناخوشایند زندگی و افزایش سازگاری و تحمل در حیطه فردی.
سوم	آشنایی با برخی عوامل حمایتی داخلی	- مفهوم خوش‌بینی؛ - آشنایی با استرس و راهکارهای کنار آمدن با استرس؛ - شناخت استعدادها و علایق و تأکید بر آنها و تمایل به استفاده از آنها.
چهارم	آشنایی با برخی عوامل حمایتی بیرونی	- نظام حمایتی اجتماعی؛ - مسئولیت‌پذیری فردی و پذیرش نقش‌های معنی‌دار؛ - بازسازی شناختی و ایجاد الگوی تفکر سازنده (بیان نقش باورها و افکار در رفتار و هیجانات و آشنایی با خطاهای شناختی)؛ - احساس تعلق داشتن و باارزش بودن و تمایل به مشارکت کردن.
پنجم	آشنایی با راهکارهای تاب‌آوری	- برقراری و حفظ ارتباط با دیگران (تأکید بر اهمیت روابط مثبت با دیگران و نگرش نسبت به آنها)، پذیرفتن تغییر، آشنایی با تفاوت‌های فردی در ادراک، تأکید بر اهمیت نقش افکار و خودگویی.
ششم	ادامه راهکارهای تاب‌آوری و هدفمندی	- تعیین هدف و امیدداشتن نسبت به آینده؛ - عمل کردن؛ - آشنایی با سبک‌های تفکر و تأکید بر نقش.
هفتم	ادامه راهکارهای ایجاد تاب‌آوری و خودکارآمدی	خودآگاهی، عزت نفس، پرورش اعتمادبه‌نفس و چارچوب‌دادن به استرس‌ها.
هشتم	ادامه راهکارهای ایجاد تاب‌آوری، پرورش خوش‌بینی و خودمراقبتی	- تأکید بر اهمیت معنابخشیدن به مشکلات تغییرناپذیر؛ - رویکرد معنادرمانی آشنایی با تجارب فرانکل؛ - جست‌وجوی معنا و معناخواهی.
نهم	جمع‌بندی	نتیجه‌گیری از مباحث ارائه شده
دهم		اجرای پس‌آزمون

یا از همسرشان جدا شده بودند یا هرگز ازدواج نکرده بودند. جدول شماره ۳ نیز شاخص‌های توصیفی متغیرها اعم از میانگین و انحراف معیار را در سه گروه نشان می‌دهد. به‌منظور بررسی اثربخشی مداخله‌ها در مقیاس تبعیت از درمان گروه‌ها با کنترل پیش‌آزمون از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره (آنکوا) ضمن رعایت پیش‌فرض‌های این آزمون، استفاده شده است. جدول شماره ۴ نتایج آزمون لون را در بررسی همگنی واریانس گروه‌ها نشان می‌دهد که مقدار P بیشتر از ۰/۰۵ بود. بنابراین مفروضه برابری واریانس گروه‌ها با آزمون لون نیز محقق شده است.

برای بررسی توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی از شاخص‌های آماری چون فراوانی، در حد میانگین و انحراف معیار استفاده شد. در ادامه جهت بررسی فرضیه‌های این مطالعه از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره (آنکوا) و آزمون توکی استفاده شد.

یافته‌ها

در جدول شماره ۲ اطلاعات جمعیت‌شناختی سه گروه در متغیرهای جنسیت و سطح تحصیلات و تأهل آمده است. طبقه مجرد شامل افرادی می‌شد که همسرشان را از دست داده بودند

جدول ۲) اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌ها

متغیر	گروه (RCBT)		آموزش تاب‌آوری		کنترل		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنس	مرد	۶	۴۰	۶	۴۰	۷	۴۶
	زن	۹	۶۰	۹	۶۰	۸	۵۳
تحصیلات	زیردیپلم	۷	۴۶/۷	۸	۵۳/۳	۱۵	۴۰
	دیپلم	۱	۶/۷	۲	۱۳/۳	۶	۶/۷
تأهل	بالتر از دیپلم	۷	۴۶/۶	۵	۳۲/۱۴	۸	۴۳/۳
	متأهل	۱۴	۹۳	۱۳	۸۶/۷	۱۴	۹۳/۳
مجرد	۱	۶/۷	۲	۱۳/۳	۱	۶/۷	

جدول ۳) بررسی توصیفی خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل تبعیت از درمان به تفکیک گروه‌ها در طی مطالعه

گروه	عنوان	خرده‌مقیاس‌های تبعیت از درمان					
		اهتمام به درمان	تأمیل به مشارکت در درمان	توانایی تطابق	تلفیق درمان در زندگی	چسبیدن به درمان	تعهد به اجرای درمان
درمان شناختی- رفتاری مذهب‌محور (RCBT)	پیش‌آزمون	۳۲/۷۳	۲۲/۸۷	۲۳/۸۷	۱۷	۱۴/۳۳	۱۲/۴۰
	پس‌آزمون	۳۸/۵۳	۳۱/۶۰	۳۱/۲۶	۱۸/۷۳	۱۴/۶	۲۱/۵۳
	انحراف معیار	۵/۷	۴/۲	۳/۹	۴/۷	۳/۴	۱/۸
آموزش تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۳۲/۷۳	۲۲/۸۷	۲۳/۸۷	۱۷	۱۴/۳۳	۱۲/۴۰
	پس‌آزمون	۳۷/۶۷	۲۳/۹۳	۲۹/۱۳	۱۹/۰۶	۱۴/۳۳	۲۰/۵۳
	انحراف معیار	۳/۷۵	۴/۴۴	۳/۳۵	۲/۵	۲/۷۳	۰/۸۲
کنترل	پیش‌آزمون	۳۲/۷۳	۲۲/۸۷	۲۳/۸۷	۱۷	۱۴/۳۳	۱۲/۴۰
	پس‌آزمون	۳۲/۴۷	۲۳/۱۳	۲۳/۱۳	۱۷	۱۴/۲	۱۲
	انحراف معیار	۵/۳۲	۵/۰۷	۳/۹۴	۴/۷	۳/۴۳	۱/۴۶

جدول ۴) نتایج آزمون لون مبنی بر پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها در سه گروه

متغیر	ضریب F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	P-value
تبعیت از درمان	۲/۲۳	۲	۴۲	۰/۱۲

معناداری در سطح ۹۵ درصد اطمینان ($P < 0.05$) وجود داشت.

نتایج آزمون آنکوا در جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که در بین سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) در مقیاس تبعیت از درمان کل ($P = 0.001$ و $F = 22.05$) تفاوت

جدول ۵) نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره (آنکوا) گروه‌ها بر تبعیت از درمان پس‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P-value	ضریب اتا (اندازه اثر)
گروه‌ها	۶۳۰۵/۳۷	۲	۳۱۵۲/۶۸	۲۲/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۵۱
پیش‌آزمون	۱۶۸۰/۰۵	۲	۱۶۸۰/۰۵	۱۱/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۲۲
خطا	۵۸۶۱/۶۷	۴۱	۱۴۲/۹۶			
کل	۱۱۸۲۶۵۲	۴۵				

متغیر تبعیت از درمان تفاوت وجود داشت ($28/46$) و ($P = 0.001$).

همان‌گونه که در جدول شماره ۶ ملاحظه می‌شود، بین گروه آموزش شناختی-رفتاری مذهب‌محور و گروه کنترل در

جدول ۶) نتایج آزمون تعقیبی توکی در تبعیت از درمان

متغیر وابسته	گروه‌ها	RCBT	آموزش تاب‌آوری	کنترل
تفاوت میانگین	RCBT	۸/۴۶	۲۸/۴۶	
تبعیت از درمان	آموزش تاب‌آوری	$P = 0.02$	$P = 0.001$	$P = 0.001$
		۲۰		

تاب‌آوری (۱۷۳/۴۶) نسبت به گروه کنترل (۱۴۵) افزایش دهد. همچنین در بین گروه آموزش شناختی-رفتاری مذهب‌محور و آموزش تاب‌آوری تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P = 0.02$ ، $8/46$). این یافته نشان می‌دهد که با وجود افزایش میانگین تبعیت از درمان در گروهی که درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور (۱۷۳/۴۶) دریافت کردند نسبت به گروه آموزش تاب‌آوری (۱۴۵)، این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود.

جدول شماره ۷ نشان می‌دهد که برنامه آموزشی شناختی-رفتاری مذهب‌محور توانسته است تبعیت از درمان را در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در گروه درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور (۱۷۳/۴۶) نسبت به گروه کنترل (۱۴۵) افزایش دهد. همچنین، بین گروه آموزش تاب‌آوری و گروه کنترل در متغیر تبعیت از درمان تفاوت وجود داشت (۲۰، $P = 0.001$). علاوه بر این، این برنامه آموزشی توانسته است تبعیت از درمان را در بیماران دیابت نوع دو در گروه آموزش

جدول ۷) آزمون توکی برای مقایسه میانگین گروه‌ها

گروه‌ها	زیر مجموعه
کنترل	تعداد
RCBT	میانگین پس‌آزمون
آموزش تاب‌آوری	۱۴۵
P-value	۱۶۵
	۱۷۳/۴۶
	۰/۲

دو گروه درمان شناختی-رفتاری و آموزش تاب‌آوری وجود نداشت. این بدین معنا است که هر دو روش درمانی در افزایش تبعیت از درمان مؤثر است. پژوهش‌های انجام‌شده درباره بیماران مبتلا به دیابت نشان می‌دهد که آنان سطح پایینی در تبعیت از درمان دارند (۱۶). در این بیماران مشکلات

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد که بین گروه درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور، آموزش تاب‌آوری و گروه کنترل از نظر تبعیت از درمان تفاوت معنی‌دار وجود داشت؛ اما تفاوت معناداری بین

مذهب‌محور می‌تواند موجب افزایش خودکارآمدی و کیفیت زندگی در بیماران کولوستومی^۱ شود (۱۹).
درنهایت می‌توان گفت که یاد خدا فرد را از امیال و تکنانه‌هایی که برای او تنش‌زا است، باز می‌دارد و سبب می‌شود به جای توجه صرف به لذات دنیوی و تمرکز بر مشکلات ناشی از بیماری، به تقویت رابطه با خدا و تقرب او توجه کند که در صورت بروز مشکلات، این افراد زندگی را با معنا و درد را تحمل‌پذیر می‌بینند (۴۱). درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور بدون انکار واقعیت بیماری و درد و رنج موجب ارتقای بینش افراد می‌شود و او را به برداشتن گامی مهم در افزایش سطح سلامت جسمانی از طریق افزایش تبعیت از درمان قادر می‌سازد که به تبع به افزایش سلامت روان و کاهش عوارض ناشی از بیماری مزمن دیابت منجر می‌شود.

محدودیت‌های پژوهش

تعداد محدود آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و گواه، مداخله و ارزیابی توسط یک نفر، مقطعی بودن مطالعه، دسترسی نداشتن به بیمارانی که پزشک خانواده نداشتند و نبود پژوهش‌های مشابه در زمینه اثرگذاری و مقایسه روش‌های درمانی شناختی-رفتاری مذهب‌محور و آموزش تاب‌آوری در تبعیت از درمان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو از محدودیت‌های این پژوهش بود.

پیشنهاد‌های پژوهش

این پژوهش در زمان شیوع کرونا و به صورت مقطعی انجام گرفته است که پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های طولی جهت بررسی ماندگاری اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور و آموزش تاب‌آوری انجام گیرد. علاوه بر این، به جهت کنترل اثر سوگیری بهتر است مداخله‌کننده و ارزیاب یک نفر نباشند. همچنین در تعمیم یافته‌های این پژوهش به افراد مبتلا به دیابت نوع دو که به مراکز خدمات جامع سلامت یا پزشک خانواده مراجعه نمی‌کنند باید جانب احتیاط را رعایت کرد.

قدردانی

از بیماران، کارکنان و روان‌شناسان محترم مراکز خدمات جامع سلامت که در شرایط شیوع کرونا با رعایت شیوه‌نامه‌های بهداشتی در انجام پژوهش یاریگر پژوهشگران بوده‌اند، تشکر و

روان‌شناختی می‌تواند درنهایت موجب ناامیدی و بی‌تفاوتی فرد شود که به نوبه خود تبعیت‌نکردن از درمان و رعایت‌نکردن رژیم‌های غذایی را به دنبال خواهد داشت که این یکی از مشکلات مهم در نظام سلامت و بیماران مبتلا به دیابت محسوب می‌شود. تبعیت‌نکردن از درمان از دلایل شکست درمان، زیادشدن عوارض بیماری و مشکلات دیگری مانند افزایش هزینه‌های درمان است (۲۷-۲۹). در طول سالین گذشته در کنار درمان‌های پزشکی، درمان‌های روان‌شناختی زیادی برای کنترل و بهبود مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت بررسی و از آنها استفاده شده است. همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افراد تاب‌آور پیروی از درمان بهتری نسبت به بیماران دیگر دارند (۳۰-۳۲) که با یافته پژوهش حاضر همسو است.

تاب‌آوری رویکرد جدیدی است که بر افزایش راهبردهای کنارآمدن با پیروی و کاهش احتمال پیروی‌نکردن از درمان اثر می‌گذارد (۳۲). از سوی دیگر، اعتقادات مذهبی نیز می‌تواند از طریق ایجاد امید و تشویق به نگرش‌های مثبت موجب آرامش درونی فرد و درنهایت افزایش تبعیت از درمان شود (۳۳-۳۵). احساس تعلق به منبعی والا به افراد کمک می‌کند در شرایط مشکل‌زا در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، به یاری خداوند امیدوار و به آینده خوش‌بین باشند (۳۶، ۳۷). معنویت‌درمانی می‌تواند رشد پس از سانحه را در زنان مبتلا به سرطان سینه افزایش دهد (۳۸). همچنین ایمان به خدا به لذت‌بردن از دنیا و کاهش بخل و آسایش منجر می‌شود و پرداختن افراد به فعالیت‌های معنوی و مذهبی بر سازوکار دفاعی بدن مثل پادتن‌ها اثر مثبت می‌گذارد و مقاومت بدن را در برابر بیماری‌های مزمن جسمی مثل دیابت و بیماری‌های مزمن روانی افزایش می‌دهد. توسل به ائمه، زیارت، دعا و نماز ابتدا توسط مغز دریافت و با توجه به نیت و قصد نیروبخشی و افزایش توانایی، این اطلاعات در سیستم عصبی تجزیه و تحلیل می‌شود و به سیستم ایمنی دستور داده می‌شود در مقابل فشار روانی و بیماری مقاومت کند (۳۴). در پژوهشی دیگر نشان داده شده که روان‌درمانی مذهب‌محور بر کیفیت زندگی افراد بی‌سرپرست نیز مفید واقع شده است (۳۹). مداخلات روان‌شناختی با رویکرد اسلامی در پیشگیری از احساس تنهایی و افزایش بهزیستی معنوی بیماران مبتلا به دیابت مؤثر است (۴۰). محققان نشان داده‌اند که درمان شناختی-رفتاری

^۱ Colostomy

diabetes in the ontario primary care setting. Canadian journal of diabetes. 2018;42(1):23-30.

6. Tong A, Wang X, Li F, Xu F, Li Q, Zhang F. Risk of depressive symptoms associated with impaired glucose metabolism, newly diagnosed diabetes, and previously diagnosed diabetes: a meta-analysis of prospective cohort studies. Acta diabetologica. 2016;53(4):589-98.

7. Valenzuela MJ, Münzenmayer B, Osorio T, Arancibia M, Madrid E. Sintomatología depresiva y control metabólico en pacientes ambulatorios portadores de diabetes mellitus tipo 2. Revista médica de Chile. 2018;146(12):1415-21.

8. Delevry D, Ho A, Le QA. Association between processes of diabetes care and health care utilization in patients with diabetes: Evidence from a nationally representative US sample. Journal of Diabetes. 2020.

9. Hamid N, Bashlideh K, Eidibiqi M. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Religious-Based Therapy On the Depression of Divorced Women. Family Consultation and Family Therapy. 2011(1):54-64. (Full Text in Persian)

10. Hosseini SH, Rafiei A, Gaemian A, Targari A, Zakavi A, Yazdani J, et al. Comparison of the effects of religious cognitive behavioral therapy (RCBT), cognitive behavioral therapy (CBT), and sertraline on depression and anxiety in patients after coronary artery bypass graft surgery: Study protocol for a randomized controlled trial. Iranian journal of psychiatry. 2017;12(3):206-13. (Full Text in Persian)

11. Karekla M, Constantinou M. Religious coping and cancer: Proposing an acceptance and commitment therapy approach. Cognitive and Behavioral Practice. 2010;17(4):371-81.

12. Ramos K, Erkanli A, Koenig HG. Effects of religious versus conventional cognitive-behavioral therapy (CBT) on suicidal thoughts in major depression and chronic medical illness. Psychology of Religion and Spirituality. 2018;10(1):79.

13. Kusnanto K, Arifin H, Widyawati IY. A qualitative study exploring diabetes resilience among adults with regulated type 2 diabetes mellitus. Diabetes & Metabolic syndrome: Clinical research & Reviews. 2020;14(6):1681-87.

14. Abolghasemi S, Mahmoudi G. The effectiveness of stress immunization teaching on reducing stressful psychological feelings and blood glucose control in patients with type 2 diabetes. World applied sciences journal. 2012;17(3):284-91.

15. Ryan AK, Pakenham KI, Burton NW. A pilot evaluation of a group acceptance and commitment therapy-informed resilience training program for people with diabetes. Australian psychologist. 2020;55(3):196-207.

16. Modanloo M. Development and psychometric tools adherence of treatment in patients with chronic.

قدردانی می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، این پژوهش برگرفته از رساله دکتری رشته روان‌شناسی عمومی مؤلف اول است که دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری با کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1399.099 آن را تأیید کرده است.

حامی مالی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، این پژوهش با هزینه شخصی مؤلفان انجام شده و حامی مالی نداشته است.

تضاد منافع

مؤلفان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی درباره این پژوهش گزارش نکرده‌اند.

مشارکت مؤلفان

نگارش مقاله و انجام روش‌های آماری: مؤلف اول؛ استاد راهنما: مؤلف دوم و استاد مشاور: مؤلف سوم.

References

1. Naghavi M, Abajobir AA, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, Abera SF, et al. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet. 2017;390(10100):1151-210.
2. Atlas D. International diabetes federation. IDF diabetes atlas. Brussels: International Diabetes Federation. 2019.
3. Ahmad NS, Ramli A, Islahudin F, Paraidathathu T. Medication adherence in patients with type 2 diabetes mellitus treated at primary health clinics in Malaysia. Patient preference and adherence. 2013;7:525-30.
4. Simpson FR, Pajewski NM, Nicklas B, Kritchevsky S, Bertoni A, Ingram F, et al. Impact of multidomain lifestyle intervention on frailty through the lens of deficit accumulation in adults with type 2 diabetes mellitus. The journals of gerontology: Series A. 2020;75(10):1921-7.
5. Meneilly GS, Berard LD, Cheng AY, Lin PJ, MacCallum L, Tsuyuki RT, et al. Insights into the current management of older adults with type 2

Iran: Iran university. 2013. (Full Text in Persian)

17. Tanharo D, Ghods R, Pourrahimi M, Abdi M, Aghaei S, Vali N. Adherence to treatment in diabetic patients and its affecting factors. Pajouhan scientific journal. 2018;17(1):37-44.

18. Hashemi Z. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy Based on Religious Attitudes and metacognitive Therapy in Students with Suicidal Thoughts. Journal of Modern Psychological Researches. 2020;15(59):14-29. (Full Text in Persian)

19. Hashemvarzi MR, Abbasi G, Hosseini SH. the Effectiveness of religion-based cognitive-behavioral therapy (RCBT) on quality of life and self-efficacy of colostomy patients. Middle eastern journal of disability studies;2020.

20. Nadi E, Saeedpoor F, Boland H. The effectiveness of religious-based cognitive-behavioral group therapy on increasing life expectancy and happiness in infertile women. Islamic Life Journal. 2020;3(3):361-70. (Full Text in Persian)

21. Kaviani Z, Hamid N, Enayati MS. The effect of religious-based cognitive behavioral therapy on resiliency in couples knowledge & research in applied psychology. 2014;15(57):25-34. (Full Text in Persian)

22. Faghihi A, Ghobari Bonab B, Ghasemipoor Y. Comparing Islamic multifacets model with Beck's cognitive model in depression therapy. Studies in Islam and Psychology. 2008;1(1):69-86. (Full Text in Persian)

23. Pospel P, Martin NC, Garber J, Banister AW, Pickering NK, Hautzinger M. Bidirectional relations of religious orientation and depressive symptoms in adolescents: A short-term longitudinal study. Psychology of religion and spirituality. 2011;3(1):24-34.

24. Henderson N, Milstein MM. Resiliency in schools: Making it happen for students and educators; Corwin Press; 2003.

25. Hoseini Beheshtian SM, Mirzazadeh R. Effectiveness of resilience training on emotion regulation strategies and life satisfaction among women-headed households. Sociological Cultural Studies. 2016;7(3):19-36. (Full Text in Persian)

26. Khodabakhshi Koolae A, Falsafinejad M, Navidian A. Evaluation of effectiveness of resilience training on psychological well-being of patients with type II diabetes. Journal of diabetes nursing. 2016;4(3):30-40. (Full Text in Persian)

27. Olokoba AB, Obateru OA, Olokoba LB. Type 2 diabetes mellitus: a review of current trends. Oman medical journal. 2012;27(4):269-73.

28. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE, Walker EA. The patient-provider relationship: attachment

theory and adherence to treatment in diabetes. American Journal of Psychiatry. 2001;158(1):29-35.

29. Shahsavari A, Foroghi S. The effectiveness of telenursing on adherence to treatment in patients with type 2 diabetes. Iranian journal of endocrinology and metabolism. 2015;17(2):138-45.

30. Alipour LA, Akbari DM, Amini F, Hashemi JA. Relationship between perceived social support and adherence of treatment in diabetes mellitus type 2: mediating role of resiliency and hope. 2016;10(2):53-67. (Full Text in Persian)

31. Aghayousefi A, Dehestani M, Salary S. The Role of Perceived Social Support and Resilience in Predicting the Quality of Life in patients with Type 2 Diabetes. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2017;18(5):334-42. (Full Text in Persian)

32. Furniss D, Barber N, Lyons I, Eliasson L, Blandford A. Unintentional non-adherence: can a spoon full of resilience help the medicine go down? BMJ quality & safety. 2014;23(2):95-8.

33. Yeganeh T. Role of Religious Orientations in Determination of Hope and Psychological Well-being in Female Patients with Breast Cancer. Quarterly of Iran breast diseases. 2013;6(3).

34. Salimi S, Hajibabaei HR, Rezazadeh-Asgari Z. The Effect of Faith in Divine Mercy on the Reduction of Cognitive Aspects of Mental Pressures from the Perspective of the Quran. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2020;6(3):157-69. (Full Text in Persian)

35. Hamid N, Ahmadian A, AkbariShaye Y. Effectiveness of cognitive behavior therapy based on religious believes on hope and quality of life in the patients suffering breast cancer. Hormozgan Medical Journal. 2012;16(3):213-21. (Full Text in Persian)

36. Akuchekian S, Jamshidian Z, Maracy MR, Almasi A, Jazi AHD. Effectiveness of religious-cognitive-behavioral therapy on religious oriented obsessive compulsive disorder and its co-morbidity. Journal of Isfahan medical school. 2011;28(114):1-11. (Full Text in Persian)

37. Jani S, Molaee M, Jangi GS, Poursmali A. Effectiveness of cognitive therapy based on religious believes on death anxiety, social adjustment and subjective well-being in the cancer patients. 2014; 22(5):94-103. (Full Text in Persian)

38. Mehraban S, Khalilzadeh N, Sharifi M, Asmari-Bardezar Y. The effectiveness of group Spiritual therapy on facilitating the post-traumatic growth process in women with breast cancer. Journal of pizhuhish dar din va salamat. 2020;6(3):7-17. (Full Text in Persian)

39. Imanifar HR, Mahmoudi S. Comparing the effect of reality therapy and spiritual-religious psychotherapy based on islamic teachings on the quality and meaning of Life of divorced femaleheads of households in Fasa

city. Journal of Pizhuhish dar din va salamat. 2020;6(3):74-88. (Full Text in Persian)

40. Foroghian-Yazdi F, Askarizadeh G, Pourmohammad-Ghouchani K. Effectiveness of Mindfulness Training with Islamic Approach on Spiritual Well-being and Loneliness in Women with Type 2 Diabetes. Journal of Pizhuhish dar din va salamat. 2021;6:32-44. (Full Text in Persian)

41. Dolat-Abadi ZR, Alizadeh N, Haghigat S, SardarZadeh F. The Effectiveness of spiritual-religious psychotherapy on depression, basic psychological needs and life satisfaction in patients with HIV. Journal of pizhuhish dar din va salamat. 2018;4(4):7-20. (Full Text in Persian)

