



اثربخشی واقعیت‌درمانی بر سبک زندگی و شاخص‌های خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت نوع دو

گروه روانشناسی، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران
گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران
گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

عبدالواحد شهنوازی^{id}

مستوره صداقت^{id*}

مهرداد ثابت^{id}

دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۱۶ | پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۰۲ | ابجیل نویسنده مسئول: mastooreh.sedaghat@yahoo.com

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده‌درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
http://Aftj.ir

دوره ۳ | شماره ۵ پیاپی ۱۴ | ۱۱۶-۱۰۱
زمستان ۱۴۰۱

(مجموعه مقالات حوزه زنان)

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(شهنوازی، صداقت و ثابت، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

شهنوازی، عبدالواحد، صداقت، مستوره، و ثابت، مهرداد. (۱۴۰۱). اثربخشی واقعیت‌درمانی بر سبک زندگی سالم و شاخص‌های خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت نوع دو. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۳(۵) پیاپی ۱۴: ۱۱۶-۱۰۱.

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، اثربخشی واقعیت‌درمانی بر سبک زندگی و شاخص‌های خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت نوع دو بود. **روش پژوهش:** روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران زن مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت دانشگاه علوم پزشکی شهر زاهدان در سال ۱۳۹۸ بود که از بین آن‌ها تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری داوطلبانه در دسترس انتخاب و با استفاده از شیوه تصادفی‌سازی ساده در دو گروه واقعیت‌درمانی ($n=15$) و گروه گواه ($n=15$) گماشته شدند. آموزش واقعیت‌درمانی گلاسر طی ۱۰ جلسه، ۹۰ دقیقه‌ای انجام گرفت و گروه گواه، آموزشی دریافت نکرد. دوره پیگیری دو ماه پس از پایان جلسات اجرا شد. داده‌ها از طریق پرسشنامه سبک زندگی ملی، هاینر و زونگ (۱۹۸۵) و پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی لی و همکاران (۲۰۱۰) بدست آمد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (MIX) و نرم‌افزار SPSS.22 تحلیل شد. یافته‌ها: نتایج نشان داد که اثربخشی واقعیت‌درمانی بر سبک زندگی سالم ($F=54/25, P<0/001$) و شاخص‌های خودمراقبتی ($F=32/86, P<0/001$) بیماران دیابتی نوع دو اثربخش است. نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت اثربخشی واقعیت‌درمانی بر سبک زندگی سالم و شاخص‌های خودمراقبتی بیماران دیابتی نوع دو اثربخش است و می‌توان از این درمان در جهت بهبود مشکلات بیماران مبتلا به دیابت نوع دو استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: بیماران دیابتی، شاخص‌های خودمراقبتی، سبک زندگی سلامت، واقعیت‌درمانی.

مقدمه

در حال حاضر مردم با مشکلات پزشکی مزمنی زندگی می‌کنند که در گذشته از عوامل تهدیدکننده‌ی حیات به شمار می‌رفت. ارتقاء روش‌های درمانی موجب شده تا مردم از طول عمر بالایی برخوردار شوند، ولی این امر به‌نوبه‌ی خود شیوع بیماری‌های مزمن را در بین آن‌ها افزایش داده است (اسمولیان، لیبر و صفر، ۲۰۱۶). از جمله این بیماری‌ها دیابت می‌باشد. دیابت گروهی از بیماری‌های متابولیکی را در بر می‌گیرد که مشخصه آن‌ها بالا بودن سطح گلوکز خون ناشی از درجات مختلف مقاومت بدن فرد در برابر انسولین یا اختلال ترشح انسولین است. دیابت نوع یک و دو، دو شکل اصلی این بیماری هستند و دیابت نوع دو تقریباً در ۸۵ تا ۹۰ درصد مبتلایان دیده می‌شود (گریس، چان، گیولاریا، گراهام و اسمارت، ۲۰۱۷).

دیابت به عنوان یک بیماری مزمن از نظر مدیریت بیماری و لزوم خودمدیریتی، پیچیده‌ترین بیماری محسوب می‌شود. بنابراین، مهم است که فرد، مرکز کنترل و تصمیم‌گیری در درمان روزمره‌ی بیماری خود باشد (لی، شین، وانگ، لین، لی و همکاران، ۲۰۱۶). کنترل دیابت نوع دو شامل اجرای یک برنامه چند جانبه خودمراقبتی است که معمولاً شامل تعیین قند خون، رژیم غذایی، ورزش، معالجه با دارو، کنترل وزن بدن، و مراقبت از پاها می‌باشد. این چنین فعالیت‌های خودمراقبتی ممکن است بسیار پر زحمت بوده و اغلب مستلزم تغییرات اساسی در شیوه زندگی باشد؛ به طوری که بسیاری از بیماران با وجود اطلاع از عوارض بیماری به توصیه‌های پزشکی و درمانی به طور کامل عمل نمی‌کنند و در نتیجه احتمال گسترش عوارض مربوط به دیابت افزایش می‌یابد (زاجدل، هلجسون، سلتمن، کوریتکووسکی، هاوسمن، ۲۰۱۸).

در سبب‌شناسی دیابت نوع دو، نقش عوامل محیطی برجسته است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اجتناب از بیماری در مبتلایان به دیابت بسیار زیاد است (ترومپتر، بوهملجر، ویهوف و شروئر، ۲۰۱۵). این اصل منطبق بر اصول اولیه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای دیابت است که مشکل اصلی عمل نکردن به اعمال خودمراقبتی را اجتناب تجربی می‌دانند. اجتناب تجربی زمانی اتفاق می‌افتد که فرد تمایل ندارد در تماس با رویدادهای شخصی مانند درد روان‌شناختی و بدنی، افکار و احساسات بماند (کراسیو توهیگ، ۲۰۱۶). اجتناب تجربی به ارزیابی منفی افراطی از احساسات بماند. اجتناب تجربی به ارزیابی منفی افراطی از احساسات، افکار خصوصی ناخواسته و عدم تمایل به تجربه کردن رویدادها و تلاش‌های عمومی برای کنترل یا فرار از آن‌ها اطلاق می‌شود (سیمپستر، چاچک، شای، وینسنت، پیر و اسکرابک، ۲۰۱۸) و شامل مجموعه‌ای از سازه‌های مرتبط به هم از جمله فرونشانی تفکر، فرونشانی هیجانی، مقابله اجتنابی و ارزیابی مجدد می‌شود. پژوهش‌های گوناگون نشان داده‌اند که اجتناب تجربی با هیجانات منفی و مشکلات مقابله‌ای رابطه دارد. افرادی که اجتناب تجربی بیشتری دارند از خودتخریبی، انکار، حساسیت هیجانی، گسستگی و رفتارهای خودسرزنی بیشتری استفاده می‌کنند (پیلیش، وولز و ویکسل، ۲۰۱۷) و تجارب هیجانی شدیدتری را نسبت به محرک‌های خوشایند و ناخوشایند تجربه می‌کنند. فرض اصلی درمان پذیرش و تعهد این است که قسمت اعظم مشکلات روان‌شناختی ناشی از اجتناب تجربه‌ای است؛ یعنی تمایل شخصی به این که تجارب خصوصی ناخواسته مثل افکار، امیال یا هیجان‌ها دوری کند، سعی کند آن‌ها را کنترل یا از آن‌ها فرار کند، در نتیجه اجتناب تجربه‌ای را نشانه می‌گیرد تا فرد به انعطاف پذیری روان‌شناختی برسد. با وجود موثر بودن سبک زندگی سلامت در بهبود و خودمراقبتی، بیماران در خط سبک زندگی سالم پایدار

نمی‌مانند، زیرا عوامل شناختی، رفتاری، هیجانی و اجتماعی نیز در سیر ابتلا به دیابت، تنظیم و کنترل آن نقش دارند (هانکوک، اسواین، هینزورث، دیکسون، کوو و مونرو، ۲۰۱۸).

در جهت بهبود خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو راهکارهای متفاوتی پیشنهاد شده است یکی از این راهکارها، واقعیت‌درمانی می‌باشد. واقعیت‌درمانی یکی از رویکردهایی می‌باشد که با نگاهی همه‌جانبه نگر، درمانی منسجم را ارائه نموده است. واقعیت‌درمانی نوعی درمان است که کاربرد آن برای تمام افرادی که دچار مشکل هستند امکان‌پذیر است، عدم انکار واقعیت، مسئولیت‌پذیری و بر این اساس، برنامه‌ریزی جهت دستیابی به اهداف، از اصلی‌ترین نیازهای انسان در فرآیند زندگی است که در این رویکرد درمانی به آن اهمیت داده شده است (فورد، منگلد، رندال، آهلای و دانکن، ۲۰۱۸). مرور پژوهش‌ها نشان از آن دارد که پژوهشگران پیشین تاثیر واقعیت‌درمانی را بر طیف گسترده‌ای از نشانه‌های روان‌شناختی مورد تایید قرار داده‌اند. یکی از مولفه‌های دیگر واقعیت‌درمانی، مسئولیت‌پذیری است. مسئولیت، همان انتخاب است و بیان می‌دارد که هر کس می‌تواند از مسئولیت، برداشتی داشته باشد اما هیچ کس نمی‌تواند صادقانه بگوید که به هنگام انتخاب، نسبت به آن چه انتخاب کرده است، مسئولیت ندارد. اگر مسئولیت آن چه برای ارضای نیازهای انجام می‌شود، پذیرفته نشود؛ فرد را به موجودی خطرناک تبدیل می‌کند (گروملا، تانگ، چوو، کرمی‌نژاد و شاو، ۲۰۱۵). واقعیت‌درمانی دارای قابلیت کاربرد در افراد دچار هرگونه مشکل روانی از آشفتگی خفیف عاطفی گرفته تا گوشه‌گیری جنون‌آمیز کامل است. واقعیت‌درمانی، تبادل عشق و محبت و احساس ارزشمندی است. این روش در مورد اختلالات رفتاری افراد جوان و سالمند و مشکلات مربوط به الکلیسم و مواد مخدر، موثر و موفق است (کامارگو، جاستوس و رتلاف، ۲۰۱۵).

واتسون و همکاران در پژوهشی نشان دادند که مفاهیم اساسی واقعیت‌درمانی همچون مسئولیت در قبال زندگی شخصی، تفکر به صورت متفاوت در مورد انتخاب‌های شخصی و... اثرات درمانی داشته‌اند. بنابراین دیابت و به ویژه دیابت نوع دو، از بیماری‌هایی است که شیوع نسبتاً بالایی در سراسر جهان دارد و مدیریت این بیماری از آن جهت مهم است که بر زندگی ۲۰۰ میلیون نفر اثرگذار است (واتسون، دیلی، تدورووا و تکوانی، ۲۰۱۴). شواوچی (۲۰۲۰) در پژوهشی با عنوان تاثیر آموزش واقعیت‌درمانی بر خودمراقبتی و خودتنظیمی مردان مبتلا به ناتوانی ذهنی و فیزیکی نشان دادند که واقعیت‌درمانی بر خودمراقبتی و خودتنظیمی مردان تاثیر معنادار دارد. لذا مداخله‌های روان‌شناختی زیادی همزمان با مداخله‌های پزشکی برای مهار این بیماری و عوارض مرتبط با آن به کار برده می‌شود. اما هیچ یک بر نقش مهم خودمراقبتی در مهار بیماری دیابت و کاهش اضطراب، تاکید نکرده‌اند. لذا با توجه به مطالب گفته شده و اهمیت موضوع هدف پژوهش حاضر، اثربخشی واقعیت‌درمانی بر سبک زندگی و شاخص‌های خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت نوع دو بود. پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سوالات زیر بود:

۱- آیا واقعیت‌درمانی بر سبک زندگی و شاخص‌های خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت نوع دو در مرحله پس‌آزمون موثر بود؟

۲- آیا واقعیت‌درمانی بر سبک زندگی و شاخص‌های خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت نوع دو در مرحله پیگیری پایدار بود؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران زن مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت دانشگاه علوم پزشکی شهر زاهدان بود. نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود که به روش نمونه‌گیری داوطلبانه در دسترس انتخاب و با استفاده از شیوه تصادفی‌سازی ساده در دو گروه واقعیت‌درمانی ($n=15$) و گروه گواه ($n=15$) گماشته شدند. گروه گواه، آموزشی دریافت نکرد. دوره پیگیری دو ماه پس از پایان جلسات اجرا شد. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بودند: ۱- کلیه افراد به صورت کتبی اطلاعاتی در مورد پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت می‌نمودند. ۲- این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار خواهند گرفت. ۳- به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه سبک زندگی (LSQ): در پژوهش حاضر این پرسشنامه با هدف ارزیابی و اندازه‌گیری سبک زندگی بر ساخته شد. نسخه نهایی پرسشنامه سبک زندگی دارای ۷۰ سؤال در طیف لیکرت است که به صورت همیشه (۳)، معمولاً (۲)، گاهی اوقات (۱)، و هرگز (۰) نمره‌گذاری می‌شوند. این پرسشنامه از ۱۰ عامل یا مؤلفه شامل ۱- سلامت جسمانی، ۲- ورزش و تندرستی، ۳- کنترل وزن و تغذیه، ۴- پیشگیری از بیماری‌ها، ۵- سلامت روان‌شناختی، ۶- سلامت معنوی، ۷- سلامت اجتماعی، ۸- اجتناب از داروها، مواد مخدر و الکل، ۹- پیشگیری از حوادث، و ۱۰- سلامت محیطی تشکیل شده است. نمره بالا در هر کدام از مؤلفه‌ها و در کل پرسشنامه نشان‌دهنده سبک زندگی مناسب است. نتایج تحلیل عاملی نشان داد که پرسشنامه سبک زندگی (LSQ) ابزاری چند بعدی و دارای ۱۰ عامل است که به ترتیب درصد واریانس و ارزش ویژه، عبارتند از سلامت جسمانی؛ ورزش و تندرستی؛ کنترل وزن و تغذیه؛ پیشگیری از بیماری‌ها؛ سلامت روان‌شناختی؛ سلامت معنوی؛ سلامت اجتماعی؛ اجتناب از داروها، مواد مخدر و الکل؛ پیشگیری از حوادث؛ و سلامت محیطی. ملبی و همکاران در پژوهش خود ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ به دست آوردند (ملبی، هاینر و زونگ، ۱۹۸۵). نتایج پژوهش محمدی و همکاران نشان داد روش همسانی درونی، میان مؤلفه‌های سبک زندگی و کل پرسشنامه، ضرایب آلفای کرونباخ محاسبه شد که ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ به دست آمد. همچنین ضرایب بازآزمایی در دامنه‌ای از ۰/۸۴ تا ۰/۹۴ به دست آمد (محمدی، سماوی و غزوی، ۲۰۱۶).

۲. پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی: این پرسشنامه استاندارد سه قسمتی و به روش مصاحبه جمع آوری شد. بخش اول دربردارنده ۶ سوال در مورد ویژگی‌های آمارنگاری بیماران شامل سن، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، شغل، قومیت و شبکه زندگی و بخش دوم نیز ۶ سوال مربوط به ویژگی‌های بیماری بود که نوع رژیم دارویی، مدت زمان ابتلا به دیابت، نحوه مراجعه به پزشک، منبع دریافت داده‌ها در زمینه ی دیابت، سابقه خانوادگی ابتلا به دیابت و قند خون ناشتای چک شده در آخرین آزمایش بیمار (با فاصله کمینه یک ماه) را شامل می‌شد. بخش سوم پرسشنامه شامل مقیاس خلاصه فعالیت‌های خودمراقبتی بیماران دیابتی توبرت و گلاسکو بود. این مقیاس دارای ۱۲ سوال است. پنج جنبه از فعالیت‌های خودمراقبتی بیماران دیابتی، شامل رژیم غذایی (با ۳ سوال)، فعالیت بدنی (با ۲ سوال)، تزریق انسولین یا مصرف صحیح قرص (با

۱ سوال)، خودپایشی قندخون (با ۲ سوال) و مراقبت از پاها (با ۲ سوال) را مورد سنجش قرار داد. سوالات این پرسشنامه به افراد مورد مطالعه این اجازه را می‌دهد که مقدار و فراوانی فعالیت‌های خودمراقبتی مربوط به دیابت خود را در طی ۷ روز گذشته گزارش دهند و با طرح پرسش‌هایی مانند «شما در طول هفته گذشته چند روز کمینه ۳۰ دقیقه در فعالیت‌های جسمانی شرکت نموده‌اید؟ هدف فوق به دست آمد. در این مقیاس به هر یک از رفتارها براساس تعداد روزهای هفته یک نمره از صفر تا هفت داده می‌شود، به طوری که اگر فردی رفتار مورد نظر را در هفت روز هفته گذشته انجام داده باشد. نمره کامل یعنی ۷، و اگر در هیچ روز هفته انجام ندهد نمره صفر تعلق می‌گیرد و از راه جمع کردن نمره‌های هر سوال یک نمره تبعیت کلی به دست می‌آید. امتیاز کل مقیاس ۰/۷۷- محاسبه شد. نقاط برش برای تعیین وضعیت رفتارهای خودمراقبتی براساس چارک‌ها انجام گردید. به طوری که نمرات زیرچارک اول (۰/۲۲) به عنوان خودمراقبتی ضعیف، چارک دوم و سوم (۲۳-۳۹) خودمراقبتی متوسط و بالای چارک چهارم (۳۰-۷۷) خودمراقبتی خوب در نظر گرفته شد. ضریب آلفای کرونباخ برای سازه رفتارهای خودمراقبتی ۰/۶۶ در مطالعه‌ی مقدماتی و ۰/۶۸ در کل نمونه‌ها محاسبه شده بود (لی، هان، سانگ، کیم، کیم، ریو و همکاران، ۲۰۱۰). روایی و پایایی پرسشنامه توسط پژوهش‌گر نیز سنجیده و تایید شد. برای تعیین اعتبار علمی ابزار از روش روایی محتوی استفاده شد و به این منظور از ۱۰ نفر از اساتید صاحب نظر در این زمینه نظر خواهی گردید. همچنین برای تعیین اعتماد علمی ابزار، مقیاس خودمراقبتی در اختیار ۳۰ نفر از بیماران دیابتی که واجد شرایط پژوهش بودند. قرار گرفت و پایایی کل مقیاس (۱۲ سوال) به روش همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ مورد تایید قرار گرفت. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای ۱۱ سوال مورد استفاده نیز ۰/۷۶ محاسبه شد (ریسی، مصطفوی، جوادزاده، محکی، توسلی و شریفی‌راد، ۲۰۱۶).

۳. **واقعیت‌درمانی گروهی** در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای دو بار به مدت یک ماه و نیم براساس بسته آموزشی گلاسر اجرا گردید. روایی این پروتکل توسط سازندگان آن مورد تایید قرار گرفته و از روایی صوری و محتوایی بالایی برخوردار است (گلاسر، ۲۰۱۷). همچنین روایی محتوایی این بسته آموزشی در پژوهش حاضر توسط پنج تن از اساتید دکتری روان‌شناسی دانشگاه تهران مورد تایید قرار گرفت و سپس در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات واقعیت‌درمانی، ارایه گردیده است.

جدول ۱. پروتکل واقعیت‌درمانی گروهی

جلسه	هدف	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر	تنظیم قوانین گروه با همکاری اعضای گروه، بررسی اهمیت و نقش مهارت‌های ارتباطی، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و ایجاد رابطه مبتنی بر اعتماد میان اعضای مشاور و ابلاغ قوانین گروه.
جلسه دوم	شناختن نیاز اساسی	شناختن ۵ نیاز اساسی انسان، فهرست بندی نیازهای اساسی اعضای با تلاش خود آن‌ها و کمک مشاور و بررسی اهمیت برآوردن این نیازها.
جلسه سوم	بررسی علل نگرش اعضای گروه در مورد وضعیت فعلی	دریافت بازخورد از جلسه قبل، و درخواست توضیح در مورد دید کلی اعضای در مورد زندگی مشترک فعلی شان و بررسی علل نگرش اعضای گروه در مورد وضعیت فعلی

زندگی	
جلسه چهارم	توضیح شناخت، عمل، فکر، احساس
	توضیح ماشین رفتار و مولفه‌های آن (شناخت، عمل، فکر، احساس و فیزیولوژی) و نقش افراد در حرکات ماشین رفتار و اهداف‌شان و توضیح این که با تغییر افکار و عملکرد به عنوان چرخ‌های جلویی می‌توان احساسات و فیزیولوژی را تغییر داد.
جلسه پنجم	ترسیم اهداف واقع بینانه و قابل دسترس شامل توصیف و بیان جهان کیفی و نحوه شکل‌گیری آن از افراد، توصیف و بیان ادراک و انواع آن و آموزش روش‌های تغییر دنیای کیفی.
جلسه ششم	شناختن رفتار و احساس کنونی
	دریافت بازخورد از جلسه قبل، کمک به اعضا برای شناختن رفتار و احساس کنونی‌شان، و کم‌اهمیت جلوه دادن گذشته در رفتار کنونی و تأکید بر کنترل درونی.
جلسه هفتم	آشنایی اعضا با مسئولیت‌ها
	آشنایی اعضا با مسئولیت‌های خویش و کمک به پذیرش و افزایش مسئولیت‌پذیری آن‌ها در قبال انتخاب رفتارها و راهکارهایی که منجر به گرایش نسبت به ناامیدی می‌شوند.
جلسه هشتم	تعیین اهمیت برنامه ریزی
	دریافت بازخورد از جلسه قبل، تعیین اهمیت برنامه ریزی جهت انجام سریع‌تر و بهتر کارها، و استفاده بهینه از وقت و آموزش طرح ریزی و برنامه ریزی مناسب برای رسیدن به سایر اهداف زندگی.
جلسه نهم	آشنایی با مسائل تغییر و تعهد
	آشنایی با مسائل تغییر و تعهد، و ارائه تکالیفی هر چند کوچک، بر مبنای افزایش عزت نفس، خودپنداره ارزشمند تا جلسه بعد و گرفتن تعهد کتبی از اعضا برای اجرای حتمی آن و نپذیرفتن هیچ‌گونه عذر و بهانه.
جلسه دهم	بررسی و تأکید مجدد بر قبول مسئولیت
	جلسه دهم: دریافت بازخورد از جلسه قبل، بررسی و تأکید مجدد بر قبول مسئولیت توسط اعضا، کمک به اعضا برای جایگزین کردن کنترل درونی، مواجه شدن با واقعیت، قضاوت اخلاقی درباره درست و نادرست بودن رفتار، بودن در اینجا و اکنون و در نهایت فرایند تغییر که منجر به افزایش هویت تحصیلی و اشتیاق تحصیلی است، می‌باشد.

روش اجرا

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت-کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام بود. اعضای گروه آزمایش و گواه، اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله‌ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه گواه در صورت علاقه‌مندی می‌توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند. کلیه مدارک و پرسشنامه‌ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود. رضایت نامه کتبی آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید. در بررسی توصیفی داده‌ها شاخص-های آماری مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه-گیری مکرر و نرم افزار SPSS-22 استفاده گردیده است.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که میانگین (انحراف استاندارد) سن در گروه واقعیت درمانی ۴۵/۷۴ (۱۱/۲۴) و گروه گواه برابر با ۴۳/۵۰ (۹/۷۳) است. دو گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی تفاوت معناداری با هم نداشتند ($P=0/19$).

جدول ۲. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین
سبک	واقعیت درمانی	۳۱/۴۰	۴/۵۵	۳۶/۹۱
زندگی	گواه	۳۰/۶۰	۴/۴۳	۳۱/۲۷
شاخص‌های	واقعیت درمانی	۲۶/۹۱	۵/۶۶	۳۲/۰۸
خود	گواه	۲۶/۴۲	۶/۱۹	۲۷/۹۱

برای بررسی معناداری تفاوت بین نمره سبک زندگی سالم در دو گروه واقعیت درمانی و گروه گواه، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، جهت رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های M باکس، کرویت موجلی، و لوین، بررسی شد. از آنجایی که آزمون M باکس برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس به درستی رعایت شده است. همچنین عدم معناداری هیچ یک از متغیرها در آزمون لوین نشان دهنده شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده و میزان واریانس خطای متغیر وابسته در تمام گروه‌ها مساوی بوده است و در نهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موجلی نشان داد که این آزمون نیز برای متغیر سبک زندگی سالم معنی‌دار بوده، و بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رعایت شده است ($p>0/05$; $df=2$).

نتایج بیان‌گر آن است که میانگین آزمون‌ها از نظر اثربخشی واقعیت درمانی بر بهبود سبک زندگی سالم و شاخص‌های خودمراقبتی تفاوت معناداری وجود دارد. قابل ذکر است که آزمون لامبدای ویلکز با مقداری برابر ۰/۱۴ و آزمون $F=79/40$ تفاوت معناداری را میان نمرات اثر بخشی واقعیت درمانی بر بهبود سبک زندگی سالم و شاخص‌های خودمراقبتی در گروه آزمایش و گواه در سطح معناداری ۰/۰۰۰۱ نشان می‌دهد.

جدول ۳. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سبک

زندگی سالم و شاخص‌های خودمراقبتی در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	معناداری	مجدورات
	زمان	۸۷/۶۲	۲	۴۳/۸۱	۱۶۴/۷۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۵
سبک زندگی	زمان*گروه	۳۷/۴۸	۲	۱۸/۷۴	۷۰/۵۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱
سالم	گروه	۱۳۱/۶۱	۱	۱۳۱/۶۱	۵۴/۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰

شاخص‌های خود مراقبتی	زمان	۲۳۰/۴۶	۱/۴۳	۱۶۰/۱۴	۷۹/۱۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳
زمان* گروه	۱۵۰/۰۲	۱/۴۳	۱۰۴/۲۴	۵۱/۵۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴	
گروه	۴۱۸/۱۷	۱	۴۱۸/۱۷	۳۲/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۲۹	

با توجه به جدول ۳ نتایج بیان‌گر آن است که تحلیل واریانس برای عامل درون‌گروهی (زمان) و بین‌گروهی و همچنین تعامل گروه و زمان نیز معنادار بود. نتایج بیان‌گر آن است که تحلیل واریانس شاخص‌های خودمراقبتی برای عامل درون‌گروهی (زمان) و برای عامل بین‌گروهی معنادار بود. این نتایج به آن معنی بود که با در نظر گرفتن اثر گروه، اثر زمان نیز به تنهایی معنادار بود. همچنین تعامل گروه و زمان نیز معنادار بود ($F=۵۱/۵۳$, $df=۲$) که میزان تاثیر آن ۰/۶۴ بود. همچنین برای مقایسه زوجی گروه‌ها نیز از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه سبک زندگی سالم و شاخص‌های خودمراقبتی

متغیر	گروه	مراحل	پس آزمون	پیگیری
سبک زندگی سالم	واقعیت درمانی	پیش آزمون	۲/۲۰*	۱/۹۶*
		پس آزمون	-	۰/۲۳
	گروه گواه	پیش آزمون	۰/۰۶	۰/۰۸
		پس آزمون	-	۰/۱۱
شاخص‌های خود مراقبتی	واقعیت درمانی	پیش آزمون	۳/۶۶*	۳/۰۳*
		پس آزمون	-	۰/۶۳*
	گروه گواه	پیش آزمون	۰/۰۱	۰/۰۱
		پس آزمون	-	۰/۰۰

با توجه به جدول ۴ نتایج نشان می‌دهد که نمره متغیر سبک زندگی سالم در گروه آزمایش و در مرحله پس‌آزمون، بالاتر از گروه گواه است. به عبارت دیگر گروه واقعیت‌درمانی اثربخشی بالا بر روی بهبود سبک زندگی سالم داشته است. این نتایج نشان می‌دهند که سبک زندگی سالم در مرحله پیگیری در گروه واقعیت‌درمانی نسبت به گروه گواه تفاوت معنی‌داری نداشته است. نتایج نشان می‌دهد که نمره متغیر شاخص‌های خودمراقبتی در گروه آزمایش و در مرحله پس‌آزمون، بالاتر از گروه گواه است. به عبارت دیگر گروه واقعیت‌درمانی اثربخشی بالا بر روی افزایش شاخص‌های خودمراقبتی داشته است. همچنین این نتایج نشان می‌دهند که شاخص‌های خودمراقبتی در مرحله پیگیری در گروه واقعیت‌درمانی نسبت به گروه گواه افزایش معنی‌داری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، اثربخشی واقعیت‌درمانی بر سبک زندگی و شاخص‌های خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت نوع دو بود. یافته‌ها نشان داد که اثربخشی واقعیت‌درمانی بر سبک زندگی سالم و شاخص‌های خودمراقبتی بیماران دیابتی نوع دو اثربخش است. نتایج یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش واتسون و همکاران (۲۰۱۴) و شاولوچی (۲۰۲۰) همسو بود.

در تبیین اینکه واقعیت‌درمانی بر سبک زندگی سالم بیماران دیابتی نوع دو تأثیر دارد، می‌توان گفت که بیماران مزمن به دلیل شرایط بیماری‌شان غال با دچار نقص در روابط اجتماعی‌اند از آنجاکه روابط اجتماعی یکی از مؤلفه‌های بسیار مهم در سبک زندگی سالم این افراد می‌باشد با آموزش ابراز وجود و رفتار جرات‌مندانه و نیز مهارت ارتباطی صحیح این افراد می‌توانند روابط اجتماعی خود را بهبود بخشند (فورد و همکاران، ۲۰۱۸). گلسر معتقد است آموزش اصول نظریه انتخاب، آگاهی دادن در مورد شدت نیازهای آن‌ها و ایجاد حسن مسئولیت در افراد برای ارضای نیازهای خود می‌تواند نقش مهمی در ایجاد و بهبود روابط صمیمانه داشته باشد و به دنبال آن سبک زندگی سالم ارتقاء پیدا می‌کند. با توجه به این‌که مشکل در سلامت جسمانی یا عاطفی بر دیگر ابعاد کیفیت زندگی فرد، تصور او از سلامت عمومی، انرژی و خستگی، فعالیت اجتماعی، سلامت روانی و محدودیت نقش‌های معمول تأثیر می‌گذارد، بنابراین می‌توان گفت علائم فیزیولوژیکی در بیماری دیابت و نیز مشکلات روان‌شناختی این بیماران احتمالاً می‌تواند باعث کاهش سطح سبک زندگی سالم و سلامت روانی آنان شود. همچنین گزارش شده که مشکلات هیجانی در بیمارانی که سبک زندگی سالم پایین دارند، زیاد است و خود این مشکلات نیز باعث کاهش هرچه بیشتر سبک زندگی سالم می‌شود (۱۲)، بنابراین هر عاملی که موارد ذکرشده را تضعیف کند، سبک زندگی سالم را نیز پایین می‌آورد و هر عاملی که ابعاد ذکرشده را بهبود بخشد باعث سبک زندگی سالم می‌شود.

همچنین در تبیین یافته‌های به دست آمده می‌توان گفت استرس در ایجاد و تشدید علائم و نشانه‌های بیماری دیابت تأثیر زیادی دارد. استرس ناشی از اختصاص زمان‌های مکرر برای بررسی سطح قند خون، پذیرش بیماری و ترس از مصرف انسولین، ترس از بدتر شدن دیابت و سخت شدن شرایط زندگی یا ایجاد عوارض مرتبط با دیابت می‌تواند با تشدید تغییرات رفتاری و عدم پایبندی بیمار به رژیم‌های درمانی مراقبتی به شکل غیرمستقیم بر میزان قند خون و در نتیجه سلامتی جسمی، روانی و سبک زندگی سالم بیماران دیابتی اثر بگذارد (گرومالا و همکاران، ۲۰۱۵). درحالی‌که آموزش فنون مقابله با استرس (آرام‌سازی، حل مسئله)، دادن آگاهی‌های صحیح در مورد ماهیت بیماری، درمان و عوارض جانبی داروها (که یکی از عوامل نگران‌کننده عمده در این بیماران است) می‌توان ترس‌های غیر واقع‌بینانه بیماران و در نتیجه میزان استرس آن‌ها را کاهش داده و به بهبود سبک زندگی سالم این بیماران کمک کند.

همچنین در تبیین اینکه واقعیت‌درمانی بر شاخص‌های خودمراقبتی بیماران دیابتی نوع دو تأثیر دارد، می‌توان گفت که با توجه به رویکرد واقعیت‌درمانی که تأکید اصلی‌اش بر روی پذیرش واقعیت و مسئولیت است، بنابراین افراد مسئولیت انتخاب‌های خود را به عهده گرفته و لذا رفتارهایی را انجام خواهند داد که کمترین آسیب را به همراه داشته باشد، یعنی بیماران اگر واقعیت بیماری خود را با تمام وجود بپذیرند و تلاش کنند که به بهترین نحو نیازهای اساسی خود را از جمله بقا که تأکیدش بر صیانت است را ارضا کنند و همچنین در جهت ارضای نیازهای دیگر خود تلاش کنند؛ در نتیجه رفتارهای خود مراقبتی و تنظیم هیجاناتی در آن‌ها افزایش می‌یابد (فورد و همکاران، ۲۰۱۸). چون طبق این رویکرد هرکسی فقط می‌تواند خود را تغییر دهد نه کس دیگری را؛ بنابراین، برای رسیدن به موفقیت باید دست از کنترل بیرونی برداریم و روی بخش‌هایی از زندگی خودمان که می‌توانیم تسلط داشته باشیم، تلاش کنیم؛ یعنی نوع هیجانات مثبت و منفی خود نیز کنترل داشته باشیم. تبعیت از رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به بیماری‌های مزمن از

اهمیت بسزایی برخوردار است و بیماران می‌توانند با کسب مهارت‌های مراقبت از خود برآسایش، توانایی‌های عملکردی و فرایندهای بیماری خود تأثیرگذار باشند (پیلیش و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین در تبیین یافته‌های به دست آمده می‌توان گفت خود مراقبتی، مراقبتی است که توسط افراد برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت و عافیت‌شان انجام می‌شود و شامل مراقبتی که به فرزندان، خانواده دوستان، همسایگان و اجتماعات محلی گسترش می‌یابد نیز می‌باشد. خود مراقبتی شامل اعمالی است آموخته‌شده، آگاهانه و هدف‌دار که مردم برای خود، فرزندان و خانواده‌شان انجام می‌دهند تا تندرست بمانند، از سلامت خوب ذهنی و جسمی خود نگهداری کنند، نیازهای اجتماعی و روانی خود را برآورده سازند، از بیماری یا حوادث پیشگیری کنند، ناخوشی‌ها و وضعیت‌های مزمن را مراقبت کنند و نیز از سلامت و عافیت‌شان بعد از بیماری حاد یا تریخیز از بیمارستان نگهداری کنند (گرومالا و همکاران، ۲۰۱۵). از طرفی انسان‌ها نه تنها همیشه در حال رفتار کردن هستند، بلکه همیشه سعی می‌کنند به نحوی رفتار کنند که بیشترین و مؤثرترین کنترل را بر زندگی خود داشته باشند. کنترل مؤثر در نظریه انتخاب به این معناست که بتوانیم طوری عمل کنیم که عکس‌های درون کیفی را به شکل معقولی ارضا کنیم.

براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت اثربخشی واقعیت‌درمانی بر سبک زندگی سالم و شاخص‌های خودمراقبتی بیماران دیابتی نوع دو اثربخش است. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این مورد اشاره کرد که عوامل محیطی و خانوادگی مانند شرایط خانوادگی، وضعیت والدین، وضعیت اقتصادی و اجتماعی در این پژوهش کنترل نشده است. این پژوهش تنها بر روی جمعیت بیماران دیابتی نوع دو شهر زاهدان صورت گرفته و در تعمیم نتایج به دیگر مناطق و شهرهای دیگر باید جانب احتیاط را رعایت نمود. پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در گروه نمونه دیگر نیز انجام شود و نتایج آن مورد ارزیابی و با نتایج این پژوهش مقایسه شود. در پژوهش‌های آتی پژوهشگر از یک متخصص به‌عنوان درمانگر و آموزش‌درمان در پژوهش خویش سود جوید تا احتمال سوگیری در پژوهش کاهش یابد.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاسگزاری

بدین‌وسیله از تمامی بیماران و کارکنان کلینیک دیابت دانشگاه علوم پزشکی شهر زاهدان و کسانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری دادند، تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از رساله دکتری نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌المللی کیش به تصویب رسیده است و دارای کد اخلاق به شماره IR.HUMS.REC.1399.097 از کمیته تخصصی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان هست. همه نویسندگان این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش یکسانی داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

References

- Camargo, C. H. F., Justus, F. F., & Retzlaff, G. (2015). The effectiveness of reality therapy for individuals with Alzheimer's Disease & Other Dementias, 30(5), 527-532.
- Crosby, J. M., & Twohig, M. P. (2016). Acceptance and commitment therapy for problematic internet pornography use: A randomized trial. *Behavior Therapy*, 47(3), 355-366.
- Ford, C. G., Manegold, E. M., Randall, C. L., Aballay, A. M., & Duncan, C. L. (2018). Assessing the feasibility of implementing low-cost virtual reality therapy during routine burn care. *Burns*, 44(4), 886-895.
- Glaser, C. (2011). DR GLASER'S VIEW ON CHOICE THEORY AND REALITY THERAPY. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy*, 37(1), 13.
- Grace, A., Chan, E., Giallauria, F., Graham, P. L., & Smart, N. A. (2017). Clinical outcomes and glycaemic responses to different aerobic exercise training intensities in type II diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Cardiovascular diabetology*, 16(1), 1-10.
- Gromala, D., Tong, X., Choo, A., Karamnejad, M., & Shaw, C. D. (2015, April). The virtual meditative walk: virtual reality therapy for chronic pain management. In *Proceedings of the 33rd Annual ACM conference on human factors in computing systems* (pp. 521-524).
- Hancock, K. M., Swain, J., Hainsworth, C. J., Dixon, A. L., Koo, S., & Munro, K. (2018). Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavior therapy for children with anxiety: Outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(2), 296-311.
- Lee, J. E., Han, H. R., Song, H., Kim, J., Kim, K. B., Ryu, J. P., & Kim, M. T. (2010). Correlates of self-care behaviors for managing hypertension among Korean Americans: a questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 47(4), 411-417.
- Lee, Y. J., Shin, S. J., Wang, R. H., Lin, K. D., Lee, Y. L., & Wang, Y. H. (2016). Pathways of empowerment perceptions, health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors to glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *Patient education and counseling*, 99(2), 287-294.
- Melby, C. L., Hyner, G. C., & Zoog, B. (1985). Blood pressure in vegetarians and non-vegetarians: a cross-sectional analysis. *Nutrition Research*, 5(10), 1077-1082.
- Mohammadi, K., Samavi, A., & Ghazavi, Z. (2016). The relationship between attachment styles and lifestyle with marital satisfaction. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(4).
- Pielech, M., Vowles, K. E., & Wicksell, R. (2017). Acceptance and commitment therapy for pediatric chronic pain: Theory and application. *Children*, 4(2), 10.
- Reisi, M., Mostafavi, F., Javadzade, H., Mahaki, B., Tavassoli, E., & Sharifirad, G. (2016). Impact of health literacy, self-efficacy, and outcome expectations on adherence to self-care behaviors in Iranians with type 2 diabetes. *Oman medical journal*, 31(1), 52.
- Shovaichi, J. (2020). The Effectiveness of Reality Therapy Training on Self-Care and Self-Regulation of Men with Physical and Mental Disabilities. *Journal of Psychological Achievements*, 27(1), 247-264.

- Simister, H. D., Tkachuk, G. A., Shay, B. L., Vincent, N., Pear, J. J., & Skrabek, R. Q. (2018). Randomized controlled trial of online acceptance and commitment therapy for fibromyalgia. *The Journal of Pain*, 19(7), 741-753.
- Smulyan, H., Lieber, A., & Safar, M. E. (2016). Hypertension, diabetes type II, and their association: role of arterial stiffness. *American journal of hypertension*, 29(1), 5-13.
- Trompeter, H. R., Bohlmeijer, E. T., Veehof, M. M., & Schreurs, K. M. (2015). Internet-based guided self-help intervention for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy: a randomized controlled trial. *Journal of behavioral medicine*, 38(1), 66-80.
- Watson, M. E., Dealy, L. A., Todorova, I. G., & Tekwani, S. (2014). Choice theory and reality therapy: Applied by health professionals. *International Journal of Choice Theory & Reality Therapy*, 33(2).
- Zajdel, M., Helgeson, V. S., Seltman, H. J., Korytkowski, M. T., & Hausmann, L. R. (2018). Daily communal coping in couples with type 2 diabetes: Links to mood and self-care. *Annals of Behavioral Medicine*, 52(3), 228-238.

پرسشنامه سبک زندگی (LSQ)

ردیف	عبارات	هرگز	گاهی	معمولاً	همیشه
۱	سعی می‌کنم بدنم را سالم و تندرست نگه دارم.				
۲	مراقب سلامتی ام هستم.				
۳	برای معاینات پزشکی به صورت منظم به پزشک مراجعه می‌کنم.				
۴	قادر به استراحت و ایجاد آرامش می‌باشم.				
۵	فاقد بیماریهای مزمن یا معلولیت جسمی هستم.				
۶	هر شب حداقل ۷ تا ۸ ساعت م یخوابم و سرحال بیدار می‌شوم.				
۷	بیشتر مواقع به علت بیماری، از محل کار غیبت کنم.				
۸	از نظر سلامت جسمانی تقریباً همسطح افراد هم سن خود می‌باشم.				
۹	مقاومت بدنی خوبی دارم.				
۱۰	در هفته حداقل چندین بار نرمش و تقویت عضلانی انجام می‌دهم.				
۱۱	حداقل ۳۰ دقیقه در روز و ۳ بار در هفته به ورزشهای پرنشاط مانند پیاده روی، بدنسازی، و یا ایروبیک می‌پردازم.				
۱۲	انرژی لازم جهت گذراندن یک روز بدون احساس خستگی را دارم.				
۱۳	روزانه حداقل ۳۰ دقیقه به فعالیتهای جسمانی پرنشاط مانند پیاده روی سریع می‌پردازم.				
۱۴	اکثر اوقات فراغت خود را صرف ورزش یا انجام فعالیتهای بدنی مانند دوچرخه سواری، پیاده روی، شنا، و ورزشهای دیگر می‌نمایم.				
۱۵	احساس تندرستی می‌نمایم.				
۱۶	از مصرف بیرویه نمک و شکر خودداری می‌کنم.				
۱۷	روزانه ۵ بار یا بیشتر از میوهها و سبزیجات استفاده می‌کنم.				
۱۸	برنامه غذایی متعادلی دارم.				
۱۹	روزانه چندین نوبت از غذاهای حاوی فیبر استفاده می‌کنم.				
۲۰	وزن خود را همیشه در حد مطلوبی نگه می‌دارم.				

- ۲۱ از مصرف چربیهای اشباع شده و غذاهای چرب خودداری می‌کنم.
- ۲۲ از مصرف بیرویه غذاهایی مانند جگر، تخم مرغ، و گوشت قرمز که منجر به افزایش کلسترول خون می‌شود خودداری می‌کنم.
- ۲۳ از پرداختن به رابطه جنسی نامشروع و خطرساز اجتناب می‌کنم.
- ۲۴ واکسیناسیون‌هایم را به موقع انجام می‌دهم.
- ۲۵ بعد از دستشویی دستهایم را با آب و صابون می‌شویم.
- ۲۶ از قرارگرفتن بیش از حد در معرض آفتاب خودداری می‌نمایم.
- ۲۷ فشار و چربی خون خود را به صورت منظم کنترل می‌نمایم.
- ۲۸ زندگی فعالی دارم.
- ۲۹ از نظر سلامت جسمانی تقریباً هم سطح افراد هم سن خود می‌باشم.
- ۳۰ به آینده امیدوار هستم.
- ۳۱ احساسات و افکار مثبت دارم.
- ۳۲ قادر به بیان احساساتم می‌باشم.
- ۳۳ در مجموع خودم را دوست دارم.
- ۳۴ از چالش و تغییر در زندگی لذت برم.
- ۳۵ قادر به مهار و کنترل استرس‌های زندگی ام هستم.
- ۳۶ از هنر (نقاشی، مجسمه سازی، موسیقی، خط، و ...) لذت می‌برم.
- ۳۷ معتقدم نظام خلقت دارای هدف می‌باشد.
- ۳۸ زندگی ام معنا دارد.
- ۳۹ به چیزی عظیم‌تر از خود احساس وابستگی و تعلق دارم.
- ۴۰ معتقدم زندگی دارای هدف است.
- ۴۱ سعی می‌کنم در زندگی کارهایی انجام دهم که ارزش ماندگاری داشته باشد.
- ۴۲ هدف و جهت زندگی ام مشخص است.
- ۴۳ دوستان صمیمی دارم.
- ۴۴ توانایی ابراز عشق و دوستی نسبت به دیگران را دارم.
- ۴۵ احساسات دیگران برای من قابل احترام می‌باشد.
- ۴۶ قادر به گسترش روابط خوشبینانه با دیگران هستم.
- ۴۷ احساسات و افکار مثبت دارم.
- ۴۸ از افرادی هستم که در مواقع مورد نیاز، در کنار مردم می‌باشم.
- ۴۹ هنگامیکه در زندگی با مشکلی مواجه می‌شوم با دیگران صحبت و مشورت می‌کنم.
- ۵۰ از مصرف خود سرانه و بی رویه دارو پرهیز می‌نمایم.
- ۵۱ سیگار نمی‌کشم.
- ۵۲ از مصرف مواد مخدر اجتناب می‌کنم.
- ۵۳ از مصرف داروها و مواد مخدر خطرآفرین اجتناب می‌کنم.
- ۵۴ از معاشرت با افراد معتاد و الکلی اجتناب می‌نمایم.
- ۵۵ از نوشیدن مواد الکلی اجتناب کنم.
- ۵۶ هنگام رانندگی از قوانین راهنمایی و رانندگی تبعیت می‌کنم.
- ۵۷ مواد شوینده و اسیدی خطرناک را در جای مطمئن نگهداری می‌کنم.
- ۵۸ هنگام رانندگی از کمربند ایمنی استفاده کنم.

۵۹	هنگام رانندگی کودکان را در صندلی عقب و مجهز به کمربند ایمنی قرار می‌دهم.
۶۰	هنگام استفاده از مواد شوینده، پاک‌کننده و ضدعفونی‌کننده (جوهرنمک و ...)، دستورالعمل آن‌ها را به دقت می‌خوانم.
۶۱	هنگام رانندگی از تلفن همراه همراه استفاده نمی‌کنم.
۶۲	هنگام استفاده از دوچرخه و موتورسیکلت از کلاه ایمنی استفاده می‌کنم.
۶۳	از سوار شدن به وسایل پرخطر (مانند موتورسیکلت) خودداری می‌کنم.
۶۴	از کیفیت و سالم بودن آبی که مصرف می‌کنم آگاه هستم.
۶۵	میوه و سبزی را قبل از مصرف می‌شویم.
۶۶	سعی می‌کنم محیط زندگی ام مملو از گل و گیاه باشد.
۶۷	در مصرف انرژی (برق، گاز) و آب آشامیدنی صرفه جویی می‌کنم.
۶۸	در محیط خانه و کار از حشره کشها استفاده نمی‌کنم یا در صورت لزوم به دستورالعمل آن‌ها توجه می‌کنم.
۶۹	قوטי های آلومینیومی، شیشه‌ها و کاغذها را بازیافت می‌نمایم.
۷۰	علاقه مند به مسائل محیط زیست (مانند تخریب لایه اوزن، جنگلها و ...) هستم.

پرسشنامه شاخص‌های خودمراقبتی

فعالیت‌ها	تعداد موارد انجام فعالیت‌ها در هفت روز گذشته
	۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰
شما در هفت روز گذشته چند بار یک برنامه غذایی سالم را که توسط پزشک معالجتان یا سایر اعضای تیم درمانی به شما توصیه شده است را رعایت کردید؟ به طور متوسط، در سراسر هفت روز گذشته، چند بار شما رژیم غذایی اختصاصی تان را رعایت کردید؟	
۳- شما در هفت روز گذشته چندبار، ۵ وعده یا بیشتر میوه و سبزیجات مصرف نمودید؟	
۴- در هفت روز گذشته شما چندبار غذاهایی با چربی بالا مثل گوشت قرمز یا مواد لبنی پر چربی خوردید؟	
۵- در هفت روز گذشته چند بار بیش از میزان مجاز توصیه شده از کربوهیدرات مثل شیرینی جات مصرف نکرده اید؟	
۶- شما در هفت روز گذشته چند بار حداقل ۳۰ دقیقه در فعالیت‌های جسمانی شرکت نمودید؟ (فعالیت مداوم شامل قدم زدن)	
۷- در هفت روز گذشته شما چند بار در جلسات ورزشی ویژه (مثل شنا، پیاده روی، دوچرخه سواری) شرکت کردید؟ (به غیر از آنچه شما در خانه یا جزئی از کارتان انجام دادید).	
۸- در هفت روز گذشته چندبار قند خونتان را اندازه گیری کردید؟	
۹- در هفت روز گذشته شما چند بار قند خونتان را به دفعاتی که توسط مراقب بهداشتی تان پیشنهاد شده است، اندازه گرفته اید؟	
۱۰- در هفت روز گذشته چند بار انسولین یا قرص ضد دیابت توصیه شده را طبق دستور مصرف نمودید؟	

۱۱- در هفت روز گذشته چند بار پاهایتان را مشاهده یا معاینه نمودید؟

۱۲- در هفت روز گذشته چند بار داخل کفشهایتان را بازرسی کردید؟

۱۳- در هفت روز گذشته چند بار پاهایتان را شسته اید؟

۱۴- در هفت روز گذشته چند بار پس از شستشوی پاهایتان بین انگشتانان را خشک کرده اید؟

۱۵- آیا در هفت روز گذشته شما سیگار کشیدید؟ حتی یک پک؟ بلی خیر



The Effectiveness of Reality Therapy on Healthy Lifestyle and Self-Care Indicators of Women with Type 2 Diabetes

Abdolvahed. Roshandel¹, Mastrooreh. Sedaghat^{2*} & Mehrdad. Sabet³

Abstract

Aim: The aim of this study was the effectiveness of reality therapy on lifestyle and self-care characteristics of women with type 2 diabetes. **Methods:** The method of this study was quasi-experimental with pre-test-post-test and follow-up design with control group. The statistical population of the study consisted of women with type 2 diabetes referred to diabetes clinic of Zahedan University of Medical Sciences in 2019, among whom 40 patients were selected by voluntary available sampling method and were assigned to reality therapy (n=20) and control group (n=20). Glasser reality therapy training was performed in 10 sessions, 90 minutes and the control group did not receive any training. The follow-up period was performed two months after the end of the sessions. Data were obtained through lifestyle questionnaire Melby, Hyner, & Zoog (1985) and self-care behaviors questionnaire Lee et.al (2010). Data were analyzed using repeated variance analysis and SPSS.22 software. **Results:** The results showed that the effectiveness of reality therapy on healthy lifestyle ($P<0.001$, $F=54.25$) and self-care indicators ($P<0.001$, $P=32.86$) in type 2 diabetic patients are effective. **Conclusion:** Based on the findings of this study, it can be said that the effectiveness of reality therapy is effective on healthy lifestyle and self-care indicators in type 2 diabetic patients and this treatment can be used to improve the problems of patients with type 2 diabetes.

Keywords: Diabetic patients, Self-care indicators, Health lifestyle, Reality therapy.

1 Department of psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran

2 Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran
Email: mastooreh.sedaghat@yahoo.com

3 Department of psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad & rlm;University, Roudehen, Iran