



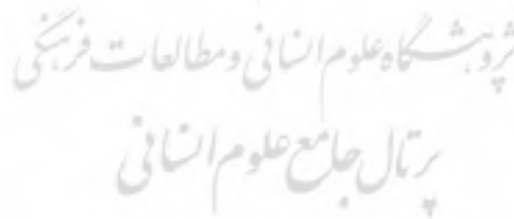
Evaluation of the Effectiveness of Reality Therapy Intervention on Increasing Self-Care in Women with Type 2 Diabetes

Abouzar Golvarz ^{*id}¹; Seyed Hamid Reza Oreyzi Samani ^{id}²

Abstract

The aim of this study was to investigate the effectiveness of reality therapy on increasing self-care in women with type 2 diabetes. The research design was quasi-experimental design with pre-test, post-test with control group. The statistical population included 618 diabetic patients, enrolled in the Diabetes Charity Clinic in Najafabad city of Iran during 2019, of whom 36 were selected by convenience sampling and randomly assigned to experimental and control groups. The participants completed the self-care questionnaire of diabetic patients before the intervention period. The group reality therapy intervention was performed on the experimental group for two months 90-minute sessions of weekly, but the control group did not receive this intervention. After the intervention, both groups completed the self-care questionnaire again. Multivariate analysis of covariance was used for data analysis. The results showed that in the post-test, reality therapy intervention significantly increased self-care scores and its subscales (exercise, treatment and foot-care), except diet, in women with diabetes. Glasser Reality Therapy Intervention can be used as an effective intervention method to increase self-care in women with diabetes.

Keywords: Diabetes, health behavior, reality therapy, self-care



¹ Corresponding Author: PhD Student, Psychology, Department of Education and Psychology, Faculty of Education and Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran ✉

² Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran,

اثربخشی مداخله واقعیت‌درمانی بر افزایش خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت نوع دو

ابوذر گل‌ورز^{۱*}، سید حمیدرضا عربی‌سامانی^۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله واقعیت‌درمانی بر افزایش خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل ۶۱۸ نفر بیمار مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به درمانگاه خیریه دیابت جنان شهر نجف‌آباد در سال ۱۳۹۸ بودند که از میان آن‌ها ۳۶ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. شرکت‌کنندگان پرسشنامه خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت توبرت و گلاسگو را قبل از دوره درمان تکمیل کردند. برنامه مداخله واقعیت‌درمانی گروهی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک‌بار بر روی گروه آزمایش اجرا شد؛ اما گروه کنترل این مداخله را دریافت نکردند. بعد از مداخله هر دو گروه مجدداً پرسشنامه خودمراقبتی را تکمیل کردند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج نشان داد در پس‌آزمون، واقعیت‌درمانی باعث افزایش معنادار نمره‌های خودمراقبتی و خرده‌مقیاس‌های آن (ورزش، درمان پزشکی و مراقبت از پاها) به‌جز رژیم غذایی در زنان مبتلا به دیابت شده است. واقعیت‌درمانی می‌تواند به‌عنوان یک مداخله درمانی مفید برای افزایش میزان خودمراقبتی در زنان مبتلا به دیابت به‌کار رود.

کلیدواژه‌ها: خودمراقبتی، دیابت، رفتار سلامت، واقعیت‌درمانی

^۱ نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

^۲ استاد گروه روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی^۱، دیابت از جمله بیماری‌های متابولیک چندعاملی است که ناشی از اختلال در ترشح انسولین، یا عملکرد انسولین و یا هر دوی آنها است و با افزایش مزمن قندخون مشخص می‌شود (السید^۲ و همکاران، ۲۰۲۳). تعداد مبتلایان به دیابت در سال ۲۰۲۱ حدود ۵۳۷ میلیون نفر بوده است؛ پیش‌بینی می‌شود که این میزان تا سال ۲۰۳۰ به ۶۴۳ میلیون نفر برسد و تا سال ۲۰۴۵ بالغ بر ۷۸۳ میلیون نفر شود (ایوب تديسو^۳ و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین یاسری و همکاران (۲۰۲۲) به استناد آمارهای اعلامی فدراسیون بین‌المللی دیابت تعداد مبتلایان به دیابت در ایران را ۵ میلیون نفر در سال ۲۰۲۲ تخمین زده‌اند. دیابت علاوه بر مرگ‌ومیر زیاد، گرفتاری‌های فردی، خانوادگی، اجتماعی و مالی بسیاری به‌همراه دارد. از یک‌سو این بیماران به‌دلیل جدال با بیماری به‌طور شایع دچار احساس شکست و ناامیدی می‌شوند و احساس خوب بودن روحیه اجتماعی آنان تحت تأثیر قرار می‌گیرد و از سوی دیگر بسیاری از آنان احساسات خشم، گناه و ترس را درباره بیماری‌شان گزارش می‌کنند (کاتبی و همکاران، ۱۳۹۸). یکی از عوارض بیماری دیابت ابتلا به برخی از اختلالات خلقی از جمله اضطراب و افسردگی به‌ویژه در زنان است (کاستلانو-گوئررو^۴ و همکاران، ۲۰۱۸). اگرچه زنان برای سلامت خود و اطرافیان‌شان اهمیت قائل می‌شوند، اقدامات خودمراقبتی آنها ممکن است از سوی اعضای خانواده با مانع مواجه شود (گری^۵ و همکاران، ۲۰۲۳). از طرف دیگر زنان مبتلا به دیابت برای پرداختن به فعالیت‌های خودمراقبتی با موانع حمایتی و درونی مواجه هستند (گری و همکاران، ۲۰۱۹).

دیابت بیماری مزمنی است که تاکنون درمان قطعی برای آن یافت نشده و در نتیجه عمده کارهای طبی و روان‌شناختی مبتنی بر پیشگیری و یا کنترل این بیماری جهت کاهش پیامدهای آن است، از جمله کاهش علائم PTSD (لانکنهایمر^۶ و همکاران، ۲۰۲۳)، افزایش خودکارآمدی (گارنر^۷ و همکاران، ۲۰۲۲)، کاهش علائم افسردگی و اضطراب (کیان^۸ و همکاران، ۲۰۲۳؛ دنسن^۹ و همکاران، ۲۰۲۳). یکی از عواملی که باعث کاهش عوارض بیماری دیابت می‌شود خودمراقبتی^{۱۰} است (کیان و همکاران، ۲۰۲۳؛ پاترا^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۳؛ کریمی و همکاران، ۱۳۹۸). با این حال مطالعات پیشین نشان داده که اکثر بیماران مبتلا به دیابت در ایران خودمراقبتی ضعیفی داشته و برای افزایش خودمراقبتی آنان نیاز به آموزش‌های مؤثر وجود دارد (جلیلیان و همکاران، ۲۰۲۳). رفتارهای خودمراقبتی ساختاری چندبعدی دارد و شامل تمام فعالیت‌های مربوط به حفظ سلامتی، پیشگیری از بیماری‌ها و درمان آنها است که توسط بیمار و با اخذ دیدگاه مثبت به خود و بیماری به‌صورت آگاهانه و هدفمندانه انجام می‌شود (شرابن^{۱۲}

1. World Health Organization
2. ElSayed
3. Eyob Tediso
4. Castellano-Guerrero
5. Gray
6. Lunkenheimer
7. Garner
8. Qian
9. Deschênes
10. Self-Care
11. Patra
12. Schrauben

و همکاران، ۲۰۲۰). خودمراقبتی در واقع عبارت است از مجموعه اعمالی که فرد به تنهایی یا به کمک دیگران برای حفظ، بهبود و گسترش سلامتی و تندرستی خود انجام می‌دهد و به‌عنوان فرایندهای شامل آموزش، حفظ سلامتی از طریق اقدامات مثبت سلامت و مدیریت بیماری مزمن از طریق فرآیند تشخیص، شناخت، ارزیابی، درمان علائم و ارزیابی اثربخشی درمان، تعریف می‌شود (بیلانی^۱ و همکاران، ۲۰۲۳؛ کرال^۲ و همکاران، ۲۰۲۳). آموزش و حمایت تعاملی از خودمراقبتی بیمار در حال حاضر برای جلوگیری از عوارض حاد و کاهش خطر عوارض طولانی‌مدت ضروری است (انجمن دیابت آمریکا^۳، ۲۰۱۹). شواهد قابل توجهی از اثربخشی مداخلات روان‌شناختی برای بهبود نتایج خودمراقبتی دیابت حمایت می‌کند (فکری و همکاران، ۲۰۲۲) و یکی از مداخلات درمانی مؤثر واقعیت‌درمانی^۴ است.

واقعیت‌درمانی شامل مجموعه‌ای از تکنیک‌ها، روش‌ها و ابزارهایی است که به افراد کمک می‌کند تا از رفتارهای ناکارآمد به رفتارهای کارآمد، از انتخاب‌های مخرب به انتخاب‌های سازنده و از همه مهم‌تر از سبک زندگی ناخشنود به سبک زندگی خشنود حرکت کنند. این درمان در دهه ۱۹۶۰ میلادی به‌وسیله روان‌پزشکی به‌نام ویلیام گلسر^۵ مطرح شد. واقعیت‌درمانی نوعی روان‌درمانی است که در آن سعی می‌شود با توجه به مفاهیم واقعیت، مسئولیت و تشخیص امور درست و نادرست در زندگی فرد به رفع مشکلات او کمک شود (شفیع‌آبادی و ناصری، ۱۴۰۱). واقعیت‌درمانی مبتنی بر تئوری انتخاب و کنترل است که علت مشکلات را انتخاب‌ها و مسئولیت‌گریزی فرد در برآورده‌سازی نیازهای خود می‌داند. در این درمان تلاش می‌شود که افراد از طریق انتخاب‌های بهتر بتوانند نیازهای بنیادین خود را برآورده سازند و مسئولیت‌پذیری، مدیریت انتخاب‌ها و نیازهای عاطفی خود از جمله مبادله عشق و نیاز به احساس ارزشمندی را برای دستیابی به امید تقویت کنند (الور^۶، ۲۰۱۹). برتری این روش درمانی نسبت به روش‌های درمانی دیگر در این است که در واقعیت‌درمانی به مسئولیت‌پذیری و داشتن ارتباط و روابط کارآمد با دیگران و سازگاری اجتماعی در زندگی اهمیت زیادی داده می‌شود. از منظر گلسر (۱۹۶۵، ۱۹۹۹ و ۲۰۰۱) تئوری انتخاب به چهار عنصر کلیدی نیازها، خواسته، رفتار و ادراک توجه و واقعیت‌درمانی عنصر پنجمی با عنوان مسئولیت‌پذیری را اضافه می‌کند. منظور گلسر از مسئولیت‌پذیری این است که چون افراد تمام رفتارهای خود را انتخاب می‌کنند پس مسئولیت آن را نیز بر عهده دارند. انسان‌ها انتخاب نمی‌کنند که به بیماری مبتلا شوند یا دسترسی مناسبی به خدمات درمانی نداشته باشند اما می‌توانند با انتخاب رفتارهای مؤثر و مسئولانه اثرات بیماری را کاهش دهند و یا به‌نوعی بیماری را تحت کنترل خود درآورند. در نتیجه گلسر ادعا می‌کند که تئوری انتخاب و واقعیت‌درمانی را می‌توان برای بسیاری از بیماری‌های موسوم به روان‌تنی به‌کار برد. در خصوص بیماری دیابت خودمراقبتی رفتاری مسئولانه و مؤثر است که می‌تواند به کاهش عوارض و پیامدهای بیماری دیابت منجر شود.

1. Billany
2. Krall
3. American Diabetes Association
4. Reality Therapy
5. William Glasser
6. Olver

۱۰۴ اثربخشی مداخله واقعیت‌درمانی بر افزایش خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت نوع دو

در این راستا نتایج پژوهش‌های نصیردهقان و همکاران (۱۴۰۰) و سولم^۱ و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند که واقعیت‌درمانی می‌تواند به‌عنوان درمانی مؤثر بر مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت به‌شمار آید. همچنین بهزادی و همکاران (۱۴۰۰) و شهنوازی و همکاران (۱۴۰۱) به این نتیجه رسیدند که واقعیت‌درمانی بر افزایش رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان مبتلا به دیابت نوع II اثربخش بود و این تأثیر در طول زمان نیز پایدار بود. حمیدی و همکاران (۱۴۰۱) نیز نشان دادند که مداخله واقعیت‌درمانی می‌تواند میزان پیروی از درمان دارویی را در بیماران مبتلا به دیابت افزایش داده و افسردگی و اضطراب آنها را کاهش دهد.

با توجه به افزایش تعداد بیماران مبتلا به دیابت و مشکلات عمده آنها در زمینه پرداختن به رفتارهای خودمراقبتی، به‌نظر می‌رسد که بسیاری از این بیماران از شناخت و مهارت کافی برای مدیریت صحیح چنین مشکلاتی برخوردار نیستند. در صورت آموزش صحیح و تدوین و اجرای پروتکل‌های آموزشی و درمانی با محتوای متناسب و هماهنگ با نیازهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت می‌توان چنین مشکلاتی را کاهش داد. نظر به اهمیت نقش مؤلفه مسئولیت‌پذیری در تبعیت از درمان در بیماری‌های طبی از جمله دیابت، به‌نظر می‌رسد که رویکردهای درمانی جهت ترغیب بیماران به مراقبت از خود و پیروی از دستورات درمانی باید اهمیت ویژه‌ای برای این سازه در نظر بگیرند و آن را به مراجعان آموزش داده و مداخلات لازم را اجرا کنند. چنان‌که اشاره شد، واقعیت‌درمانی تأکید خاصی بر مسئولیت‌پذیری دارد و احساس مسئولیت نیز به‌نوبه خود بر کیفیت زندگی افراد اثر می‌گذارد. پژوهش‌های موجود در زمینه تأثیر واقعیت‌درمانی و به‌خصوص مسئولیت‌پذیری مبتنی بر مفاهیم این رویکرد درمانی بر خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت صورت نگرفته است و بخش عمده پژوهش‌هایی که از تئوری انتخاب یا واقعیت‌درمانی برای این بیماری استفاده کرده‌اند به کاهش علائم و نشانه‌های روان‌شناختی آن پرداخته‌اند و مفهوم خودمراقبتی در این بیماری مغفول مانده است. نظر به میزان بالای شیوع دیابت در استان اصفهان (هاشمی‌پور و همکاران، ۲۰۲۳) ضروری است که ضمن شناسایی افراد مبتلا نسبت به درمان روان‌شناختی یا دست کم آموزش برخی از مهارت‌های مرتبط با سبک زندگی و خودمراقبتی صورت گیرد. فرضیه پژوهش حاضر این است که مداخله واقعیت‌درمانی بر افزایش خودمراقبتی در زنان مبتلا به دیابت تأثیر معناداری دارد.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این مطالعه شامل ۶۱۸ نفر از بیماران مبتلا به دیابت عضو انجمن خیریه دیابت جنان نجف‌آباد بودند. برای محاسبه حجم نمونه از جدول مورفی و میورز^۲ (۱۹۹۸) استفاده شد که باتوجه به توان آماری ۰/۸۰ و $d = \frac{\sum d_{ini}}{\sum ni}$ در فراتحلیل پیشینه پژوهش‌ها حجم نمونه ۳۰ در نظر گرفته شد که در هر گروه ۱۵ نفر به‌صورت تصادفی قرار می‌گیرند. بنابراین در این پژوهش با احتساب احتمال افت شرکت‌کنندگان، ۱۸ نفر برای گروه آزمایش و ۱۸ نفر برای گروه کنترل انتخاب شد. بر اساس مفاهیم تئوری روش تحقیق و آماری این تعداد نمونه

1. Solem
2. Murphy & Myers

اولیه تأیید و کفایت حجم نمونه، به انجام تحلیل آماری بعد از اجرای مداخله موکول شد. بدین صورت که پس از انجام تحلیل مقدماتی، شاخص توان آماری بررسی شد که در این پژوهش توان آماری برابر با ۰/۹۹ به دست آمد، یعنی امکان خطای نوع دوم بسیار ناچیز بوده است، بدین ترتیب به حجم نمونه گرفته شده اکتفا شد.

مداخله مبتنی بر پروتکل و به صورت گروهی در درمانگاه خیریه دیابت نجف‌آباد از سوی درمانگر دارای مدرک دوره‌های تئوری انتخاب و واقعیت‌درمانی از مؤسسه بین‌المللی ویلیام گلسر اجرا شد. در حین اجرای پژوهش ۵ نفر از گروه مداخله واقعیت‌درمانی و ۶ نفر از گروه کنترل به دلایل مشکلات پیش‌بینی نشده (عدم همکاری همسر، عمل جراحی، مسافرت و تکمیل نکردن پرسشنامه‌ها) از پژوهش کنار رفتند و نهایتاً گروه‌های آزمایش و کنترل به ترتیب ۱۳ و ۱۲ نفر شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: جنسیت زن، تشخیص دیابت به مدت حداقل شش ماه، دریافت درمان دارویی زیر نظر متخصص، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمی شدید، ناتوانی عقلانی، اختلالات روان‌پریشی و اختلالات شناختی (نظیر دمانس)، تحت درمان روان‌شناختی نبودن. معیارهای ورود هر بیمار به پژوهش براساس گزارش پزشک متخصص و معتمد مرکز دیابت مورد تأیید قرار گرفت. همچنین غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی، بروز استرس‌های بزرگ ناشی از حوادث پیش‌بینی نشده و انصراف از ادامه شرکت در پژوهش به‌عنوان معیارهای خروج از پژوهش در نظر گرفته شدند.

تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ در دو بخش توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل کوواریانس [آنکوا] و تحلیل کوواریانس چندمتغیره [مانکوا]) انجام گرفت.

ابزار

پرسشنامه خودمراقبتی بیماری دیابت^۱ (SDSCA) بود. این پرسشنامه توسط توبرت و گلاسگو^۲ (۱۹۹۴) با ۱۴ گویه طراحی و ساخته شد. این پرسشنامه ۴ خرده‌مقیاس رژیم غذایی^۳، ورزش^۴، پیروی از درمان^۵ و مراقبت از پاها^۶ را سنجیده و در آن از بیمار پرسیده می‌شود که طی هفته گذشته چندبار فعالیت خودمراقبتی مندرج در هر گویه را انجام داده است. مجموع تعداد فعالیت در هفته گذشته به‌عنوان نمره کل خودمراقبتی بیمار محسوب می‌شود. نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح عملکرد بالاتر خودمراقبتی است. توبرت و گلاسگو (۱۹۹۴) همسانی درونی نسخه اصلی این ابزار را با استفاده از همبستگی بین‌گویه‌ای در بیماران مبتلا به دیابت بزرگسال ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند. توبرت و همکاران (۲۰۰۰) میانگین روایی خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه را ۰/۴۰ و قابل قبول گزارش کردند؛ پایین‌ترین میزان به رژیم غذایی (۰/۲۳) اختصاص داشت. نسخه فارسی این ابزار در ایران توسط وثوقی کرکزلو و همکاران (۱۳۹۰) تهیه شد که پایایی ابزار فارسی با روش آزمون-بازآزمون با ضریب همبستگی ۰/۷۸ و همسانی درونی پرسشنامه با آزمون آلفای کرونباخ ۰/۷۱ مورد تأیید قرار گرفت. روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه از سوی سازندگان با بررسی ۷ پژوهش مشتمل بر ۱۹۸۸ بیمار صورت گرفت به‌صورت تأیید خبرگانی اجرا و تأیید شد (توبرت و

1. Summary of Diabetes Self – Care Activities (SDSCA)
2. Toobert & Glasgow
3. Diet
4. Exccercise
5. Regimen Adherence
6. Foot Care

۱۰۶..... اثربخشی مداخله واقعیت‌درمانی بر افزایش خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت نوع دو

همکاران، ۲۰۰۰). رحیمیان بوگر و همکاران (۱۳۹۰) همسانی درونی پرسشنامه و خرده‌مقیاس‌های آن را به صورت هفتگی، ماهانه و سالانه محاسبه کردند که به ترتیب ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۹۵، ۰/۸۴ و ۰/۷۴ به دست آمد و روایی صوری و محتوایی مقیاس پس از بررسی سه استاد روان‌شناسی و دو استاد غدد و متابولیسم دانشگاه تهران مورد تأیید قرار گرفت. همسانی درونی در پژوهش حاضر نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

فرایند اجرا: پیش از شروع جلسات و با اخذ رضایت آگاهانه، شرکت‌کننده‌ها پرسشنامه خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت توبرت و گلاسگو را تکمیل کردند. سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت یک جلسه در هفته تحت واقعیت‌درمانی گروهی گلسر قرار گرفتند. در پایان دوره مداخله، هر دو گروه مجدداً پرسشنامه مذکور را تکمیل کردند. درمانگر دانشجوی دکترای روان‌شناسی دانشگاه اصفهان و دارای مدرک دوره‌های چهارگانه تئوری انتخاب، واقعیت‌درمانی و مدیریت راهبرانه و همچنین دوره‌های زوج‌درمانی از مؤسسه بین‌المللی ویلیام گلسر بود. شرکت‌کنندگان پیش از شروع دوره فرم رضایت آگاهانه را مطالعه و امضا کردند. محتوای جلسات مداخله واقعیت‌درمانی در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول ۱. محتوای جلسات مداخله واقعیت‌درمانی

جلسه	محتوا	تکلیف	تغییر رفتار مورد انتظار
۱	- معرفی گروه و تعداد جلسات، بیان قواعد گروه - معارفه بین شرکت‌کنندگان و درمانگر- دادن تعهد کتابی بر رازداری افراد- شناسایی مهم‌ترین خواسته‌ها و اهداف اعضا از شرکت در گروه - بیان گزیده‌ای از علائم و عوارض دیابت	- تعیین چشم‌انداز - هدف شرکت در جلسات	- آمادگی برای شرکت در جلسات- ترغیب مشارکت در تعاملات گروهی- بیان تجارب زیسته مرتبط با بیماری
۲	- بیان اصول رفتاری (انتخابی و هدفمند بودن رفتارها جهت رفع نیازهای اساسی)-معرفی ۵ نیاز اساسی بقاء، عشق و محبت، قدرت، آزادی، تفریح -ترسیم نیم‌رخ نیازهای خود	-انتخاب ۵ رفتار پرتکرار در هفته-تعیین نیاز مرتبط با رفتارها	-تأمل در خصوص انتخاب‌ها -تأمل درباره ارتباط رفتار با نیاز
۳	-معرفی استعاره ماشین و رفتار کلی -معرفی مؤلفه‌های رفتار کلی و نوع کنترل آنها از سوی فرد: (فکر، عمل، احساس و فیزیولوژی) -تمرین‌های گروهی برای نشان دادن اثربخشی تغییر عمل و فکر بر احساس و فیزیولوژی	-انتخاب ۵ رفتار و تعیین مؤلفه‌های هر رفتار	-تمرکز بر تغییر رفتار یا فکر به جای تغییر احساس یا حالات فیزیولوژیکی
۴	-آشنایی با مفهوم کنترل بیرونی و نقش مخرب آن در روابط-آشنایی با هفت عادت مخرب و هفت عادت مهرورزی	-توجه به این رفتارها تا جلسه آینده	-کاهش رفتارهای مخرب -افزایش رفتارهای سازنده

<p>-انتخاب چند رفتار پرتکرار در تعامل با دیگران یا - کاهش کنترل دیگران و تسلیم تعارضات زندگی و تعیین نوع کنترل دیگران شدن کنترل به‌کاررفته در این رفتارها</p>	<p>-معرفی انواع چهارگانه کنترل بیرونی-ارزیابی تعارضات موجود در زندگی شرکت‌کنندگان و تعیین شدت رواج آن (۱۰-۰)</p>	<p>۵</p>
<p>- پذیرش و احترام به دنیای مطلوب خود و دیگران</p>	<p>-معرفی دنیای کیفی و مقوله‌های آن (افراد، باورها، اشیا) -واکاوی دنیای مطلوب شرکت‌کنندگان-بررسی شکاف بین دنیای کیفی (آنچه می‌خواهم)، دنیای واقعی (آنچه دارم) و پیامدهای اضطرابی، افسردگی و خشم حاصل از آن</p>	<p>۶</p>
<p>-حل مشکلات با استفاده از دایره حل اختلاف به‌جای استفاده از عادات مخرب</p>	<p>-اجرای یک عادت مهرورزانه به‌جای یک عادت مخرب</p>	<p>۷</p>
<p>-توجه به هدف شرکت‌کنندگان W و تعیین رفتار D و ارزیابی E مستمر و برنامه‌ریزی درمانی مناسب-انتخاب رفتارهای مؤثر و مسئولانه مرتبط با بیماری دیابت</p>	<p>-شناسایی اجزای فرمول WDEP: خواسته (W)، رفتاری که جهت رسیدن به خواسته انجام می‌دهد (D)، اثربخش بودن رفتار (E)، برنامه‌ریزی عملی برای رسیدن به خواسته (P) -بحث و بررسی راجع به آموخته‌ها و دستاوردهای این جلسات در رابطه با چالش‌ها و مشکلات احتمالی آینده</p>	<p>۸</p>

یافته‌ها

نتایج حاصل از داده‌های جمعیت‌شناختی، نشان داد، میانگین سنی شرکت‌کنندگان گروه مداخله واقعیت‌درمانی (۵۱/۲±۱/۸۶) و شرکت‌کنندگان گروه کنترل (۵۰/۴±۲/۱۸) بوده است. گروه واقعیت‌درمانی، ۱۳ نفر زن و شرکت‌کنندگان گروه کنترل ۱۲ نفر زن بودند. میانگین مدت زمان ابتلا به دیابت شرکت‌کنندگان گروه مداخله واقعیت‌درمانی (۱۱/۹±۱/۷۵) و شرکت‌کنندگان گروه کنترل (۹/۰۸±۲/۲۳) بوده است. اطلاعات مربوط به مقایسه سن و مدت زمان ابتلای به دیابت در دو گروه در جدول ۲ آمده است.

بر اساس جدول ۲ گروه‌های مداخله واقعیت‌درمانی و کنترل به‌لحاظ سنی و مدت زمان ابتلا به دیابت تفاوت معناداری نداشتند.

1. Want, Doing, Evaluation, Plan

۱۰۸ اثربخشی مداخله واقعیت‌درمانی بر افزایش خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت نوع دو

جدول ۲. مقایسه سن و مدت زمان ابتلای به دیابت دو گروه آزمایش و کنترل

نام متغیر	F	t	درجه آزادی	Sig.	تفاوت میانگین‌ها	خطای		
						استاندارد	بازه تفاوت	
					تفاوت	پایین	بالا	
سن	۱/۸۳	-۰/۲۶	۲۳	۰/۸۰	-۰/۷۴	۲/۸۵	-۶/۶۳	۵/۱۶
مدت ابتلا	۱/۲۳	-۱/۰۱	۲۳	۰/۳۳	-۲/۸۴	۲/۸۱	-۸/۶۵	۲/۹۷

در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی متغیرهای مربوط به خودمراقبتی و خرده‌مقیاس‌های آن در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل ارائه شده است. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد میانگین‌های نمرات خودمراقبتی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون افزایش یافته اما میانگین گروه کنترل تفاوت محسوسی در مرحله پس‌آزمون نداشته است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار دو گروه آزمایش و گروه کنترل

نام متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودمراقبتی	واقعیت‌درمانی	۱۳	۲۸/۱۵	۸/۶۹	۶۴/۵۳	۸/۵۰
	کنترل	۱۲	۳۴/۲۵	۱۰/۰۶	۳۵/۳۳	۱۰/۰۹
رژیم غذایی	واقعیت‌درمانی	۱۳	۷/۰۷	۳/۴۹	۲۰/۳۰	۴/۷۸
	کنترل	۱۲	۹/۵۰	۳/۸۰	۱۲/۷۵	۲/۴۱
ورزش	واقعیت‌درمانی	۱۳	۳/۶۹	۳/۳۰	۹/۶۹	۱/۹۷
	کنترل	۱۲	۴/۱۰	۳/۰۴	۴/۸۳	۳/۲۴
درمان	واقعیت‌درمانی	۱۳	۷/۶۱	۴/۳۸	۱۴/۳۰	۲/۱۳
	کنترل	۱۲	۷/۸۳	۵/۳۰	۶/۱۶	۴/۴۲
پزشکی	واقعیت‌درمانی	۱۳	۹/۷۶	۵/۲۴	۲۰/۲۳	۶/۴۵
	کنترل	۱۲	۱۲/۷۵	۸/۲۰	۱۱/۵۸	۷/۳۴

به‌منظور نشان دادن معناداری تفاوت بین نمرات دو گروه درمان و کنترل در مرحله پس‌آزمون با کنترل اثر پیش‌آزمون، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. در گام نخست به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره مورد بررسی

قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیرو-ویلکس نشان داد که نمرات پس آزمون دارای توزیع بهنجار بودند ($p < 0/05$). آزمون ام باکس نیز فرض همگنی ماتریس‌های واریانس و کوواریانس را تأیید کرد ($p < 0/05$). مفروضه همگنی واریانس‌ها نیز با استفاده از آزمون لون مورد بررسی و تأیید قرار گرفت ($p < 0/05$). در نهایت اینکه با توجه معنادار نبودن تعامل عضویت گروهی و پیش آزمون پیش فرض همگنی خطوط رگرسیون نیز تأیید شد ($p < 0/05$), لذا با توجه به برقرار بودن پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره، می‌توان از آن برای آزمون فرضیه‌های پژوهش استفاده نمود. نتایج بررسی فرضیه‌های پژوهش در جدول ۴ ارائه شده است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت بین نمرات پس آزمون دو گروه در قلمروهای ورزش، درمان پزشکی و مراقبت از پاها ($p < 0/01$) معنادار بود. به این معنا که واقعیت‌درمانی باعث افزایش اقدام برای دریافت مراقبت‌های پزشکی، پرداختن به ورزش و مراقبت از پاها شده است. از سوی دیگر در حوزه رژیم غذایی نمرات پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری نداشتند که به این معنا است که مداخله واقعیت‌درمانی در زمینه رعایت رژیم غذایی اثربخش نبوده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره تفاوت نمرات پس آزمون گروه درمان و کنترل

نام متغیر	منابع تغییرات	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	معناداری
رژیم غذایی	پیش آزمون	۴/۳۸	۱	۰/۲۸	۰/۶۱
	گروه	۴۹/۴۷	۱	۳/۱۱	۰/۰۹
ورزش	پیش آزمون	۶۷/۸۱	۱	۱۶/۴۷	۰/۰۱
	گروه	۱۱۶/۶۶	۱	۲۸/۳۳	۰/۰۱
درمان پزشکی	پیش آزمون	۷۵/۰۱	۱	۱۳/۲۸	۰/۰۱
	گروه	۲۸۵/۹۴	۱	۵۰/۶۲	۰/۰۱
مراقبت از پاها	پیش آزمون	۳۱۷/۳۷	۱	۹/۰۰	۰/۰۱
	گروه	۲۳۴/۲۷	۱	۷/۳۸	۰/۰۱

چنان‌که نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد بین نمرات پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در نمره کلی خودمراقبتی تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/01$). نتایج به این معنا است که واقعیت‌درمانی باعث افزایش خودمراقبتی کلی در گروه آزمایش شده و لذا تفاوت گروه آزمایش و کنترل معنادار بوده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تفاوت نمرات خودمراقبتی پس آزمون گروه درمان و کنترل

نام متغیر	منابع تغییرات	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	معناداری
خودمراقبتی	پیش آزمون	۲۴۸/۴۸	۱	۴/۱۲	۰/۰۶
	گروه	۱۶۸۳/۴۱	۱	۲۷/۹۰	۰/۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله واقعیت‌درمانی بر افزایش خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ بود. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها حاکی از اثربخشی مداخله واقعیت‌درمانی بر افزایش خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت بود. در واقع مداخله واقعیت‌درمانی توانست به‌طور معناداری نمرات خودمراقبتی در بیماران افزایش دهد. این یافته با نتایج پژوهش‌های نصیردهقان و همکاران (۱۴۰۰)، سولم و همکاران (۲۰۱۹)، شهنازی و همکاران (۱۴۰۱) همسو است. البته از سوی دیگر، براساس نتایج مداخله واقعیت‌درمانی منجر به افزایش رعایت رژیم غذایی در بیماران نشد و این یافته تاحدودی با بررسی‌های سازندگان پرسشنامه (توبرت و همکاران، ۲۰۰۰) که پایین‌ترین میزان روایی را متعلق به خرده‌مقیاس رژیم غذایی اعلام کردند همسو بود. ضمن اینکه به‌زعم شرکت‌کنندگان یکی از دشوارترین کارها رعایت رژیم غذایی است که عمدتاً به دلیل عدم همکاری اعضای خانواده یا دشواری تهیه دو نوع غذا (رژیمی برای بیمار و غیررژیمی برای سایر اعضای خانواده) در هر وعده بود. در نتیجه لازم است در مداخلات به بهبود روابط بیماران با اطرافیان را نیز مورد توجه قرار داد. همچنین نتایج پژوهش‌ها نشان داده است موارد مراقبت در بیماران مبتلا به دیابت اکثراً بر ارائه مراقبت‌های پزشکی، درمان و کنترل قندخون بیمار به هر قیمتی تأکید دارند و کمتر به آموزش و مشاوره در مورد نحوه انتخاب‌های بیمار مبادرت می‌کنند و به‌نوعی می‌توان گفت فرصتی برای شنیدن مشکلات بیماران و ارائه آموزش به بیمار و خانواده‌اش را ندارند؛ در حالی که خواسته بیماران، کسب اطلاعات بیشتر برای تعیین عواقب انتخاب روش‌های پیشنهادی کادر درمانی دیابت بر روند زندگی‌شان است (حمیدی و همکاران، ۱۴۰۱). در تبیین تأثیر مداخله واقعیت‌درمانی بر افزایش معنادار میانگین خودمراقبتی می‌توان گفت در این روش علاوه بر آموزش مفاهیم نظری به بیماران (گلسر، ۲۰۰۱)، بر انتخاب رفتارهای مؤثر و مسئولانه و توجه به پیامدهای رفتار انتخابی بر زندگی فرد نیز مورد تأکید قرار می‌گیرد. بخشی از هدف پروتکل مداخله واقعیت‌درمانی نیز آموزش و بخش دوم اقدامات مبتنی بر آموزش ارائه شده است. به‌نظر می‌رسد که فراگیری مسئولیت‌پذیری و همچنین تأمل در زمینه گزینه‌های موجود و در نهایت انتخاب بهترین آنها می‌تواند به بیماران مبتلا به دیابت کمک کند تا عواقب انتخاب‌های خود را مدنظر قرار دهند و بنا به تعبیر گلسر (۱۹۶۵ و ۱۹۹۹) دست به انتخابی مسئولانه و مؤثر بزنند. همچنین نحوه آموزش مفهوم رفتار کلی و ماشین رفتار به شرکت‌کنندگان نقش مهمی در درک آنها از اثرگذاری رفتارشان بر فیزیولوژی بدنشان دارد و در نتیجه به‌طور ملموس تأثیر اعمال خودمراقبتی را بر وضعیت جسمی‌شان ادراک می‌کنند. هدف مداخلات این پژوهش نیز توجه به انواع گزینه‌های رفتاری در دسترس بیماران و در نهایت انتخاب مؤثرترین رفتارها در زمینه افزایش خودمراقبتی بوده است.

گلسر (۱۹۶۵) مشکلات روان‌شناختی و روان‌تنی بلندمدت را ناشی از ارتباطات نامؤثر می‌داند و تأکید می‌کند که بهبود روابط به کاهش اثرات بیماری‌ها منجر می‌شود. با توجه به محتوای ارائه شده در جلسات مداخله در خصوص عادت‌های مؤثر تعاملی، می‌توان افزایش رفتارهای خودمراقبتی در شرکت‌کنندگان را به فراگیری شیوه‌های مؤثر ارتباطی با همسر نسبت داد و لذا نتایج پژوهش با یافته‌های گری و همکاران (۲۰۱۹) و گری و همکاران (۲۰۲۳) همسو است که یکی از موانع پرداختن به رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت را روابط ناکارآمد با نزدیکان معرفی می‌کنند.

نظر به اینکه رویکرد واقعیت‌درمانی و نظریهٔ زیربنایی آن، تئوری انتخاب، بر دو مفهوم کنترل و مسئولیت‌پذیری نیز تأکید فراوانی دارد و با توجه به تأثیر این دو سازه بر رفتارهای مراقبتی و حتی پیشگیرانه، می‌توان در جلسات آموزشی مراکز درمانی دیابت یا مراکز بهداشتی این مفاهیم را به صورت فردی یا گروهی به مبتلایان و یا افراد در معرض ابتلا به دیابت آموزش داد؛ این امر مستلزم آموزش مریبان بهداشت، روان‌درمانگران، پزشکان و سایر کادر درمانی مراکز مربوطه است. همچنین می‌توان مسئولیت‌پذیری، ماشین رفتار (به‌ویژه تأثیر رفتار بر فیزیولوژی) و سایر مفاهیم مرتبط با به شکل بروشور آموزشی در اختیار مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی قرار داد. از سوی دیگر با توجه به اینکه فرایند مداخلهٔ به‌کاررفته در این پژوهش عموماً یک روند درمان گروهی بوده که برای تمام مشکلات طبی و اختلالات روانی از همین برنامه استفاده می‌شود، می‌توان این پروتکل درمانی را به صورت اختصاصی برای بیماری دیابت تدوین نمود و حوزه‌های مختلف اعم از خودمراقبتی، مشکلات جنسی و زناشویی و... را پوشش داد.

در برخی از رویکردهای درمانی فرصت ارزیابی اعمال بیمار در اختیار وی قرار نمی‌گیرد و مراجع یا تیم درمانی به ارزیابی رفتار و اثربخشی آن در زندگی بیمار می‌پردازند. ولدینگ (۲۰۱۷) خودارزیابی را کلید اصلی تغییر مراجعان مطرح می‌کند و لذا در فرایند مداخلات مبتنی بر واقعیت‌درمانی از مراجع دعوت می‌شود که با اجرای خودارزیابی تأثیر رفتارهای خود را بر زندگی به‌روشنی ببیند. خودارزیابی (E) یکی از مراحل چهارگانهٔ رویکرد WDEP است که واقعیت‌درمانگران در تمام بخش‌های اجرای درمان از مراجع می‌خواهند که چنین سنجشی را در خصوص رفتارها، انتخاب‌ها، افکار و... انجام دهند و پیامدهای آنها را به صورت عینی بررسی کنند. این مفهوم می‌تواند به بیماران مبتلا به دیابت کمک کند تا ببینند چه رفتارها و گزینه‌هایی باعث افزایش سلامتی و پیشگیری از پیامدهای منفی بیماری‌شان می‌شود و آنها را به خزانهٔ رفتاری خود بیفزایند. لذا مداخلهٔ واقعیت‌درمانی با ایجاد فرصت قبول مسئولیت انتخاب‌های بیماران باعث شده تا بیماران جوانب رفتاری، روانی و اجتماعی مراقبت از خود را با جوانب بالینی و ابعاد زندگی خویش به کمک تعامل کافی با روان‌درمانگر ادغام کرده و بتوانند به صورتی مناسب حل مسئله انجام دهند. بر این اساس مداخلهٔ واقعیت‌درمانی می‌تواند به‌عنوان یک روش اثربخش و مفید باعث افزایش خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت شود.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز همراه بود که از آن جمله می‌توان به عدم امکان انجام پیگیری‌های با زمان بیشتر اشاره کرد که به دلیل محدودیت‌های زمانی در اتمام مطالعه، امکان بررسی تأثیرات بلندمدت نتایج وجود نداشت. علاوه بر این، با توجه به اینکه جامعهٔ آماری تحقیق شامل زنان مبتلا به دیابت در استان اصفهان بود، قابلیت تعمیم به کل بیماران مبتلا به دیابت را بایستی با احتیاط انجام داد. عدم امکان کنترل دقیق تمام متغیرهای تأثیرگذار از قبیل سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، فرهنگی و... از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود تأثیرات طولانی مدت تر این مداخلات با انجام پیگیری و با زمان‌های طولانی تر مورد بررسی قرار گیرد. همچنین با انجام پژوهش‌های طولی می‌توان کیفیت ارتباط میان متغیرهای جمعیت‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت را با متغیرهای دیگر مرتبط با خودمراقبتی در یک سیر تحولی مورد بررسی قرار داد.

تشکر و قدردانی

۱۱۲..... اثربخشی مداخله واقعیت‌درمانی بر افزایش خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت نوع دو

در پایان نویسندگان از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش، کارشناسان، کارکنان و مدیریت محترم مرکز خیریه دیابت جنان نجف‌آباد بابت مشارکت و همکاری در این پژوهش تشکر می‌نمایند.

منابع

- الور، کیم، (۲۰۱۹). *راهنمای روان‌شناسی تئوری انتخاب برای روابط*، ابوذر گل‌ورز (۱۴۰۰)، تهران: ارجمند.
- بهزادی، سودابه، تاجری، بیوک، سوداگر، شیدا، و شریعتی، زهرا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی بر رضایت از زندگی و رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان مبتلا به دیابت نوع II، *خانواده‌درمانی کاربردی*، ۲(۴)، ۵۰۱-۴۸۳.
- <https://doi.org/10.22034/AFTJ.2022.295235.1136>
- حمیدی، افروز، حسنی، فریبا، کشاورزی‌ارشدی، فرناز، یوسفی، فایق. (۱۴۰۱). تأثیر مهارت‌آموزی مبتنی بر واقعیت‌درمانی بر سرمایه روان‌شناختی و افسردگی در نوجوانان دختر مبتلا به دیابت نوع یک. *نشریه روان پرستاری*، ۱۰(۲)، ۴۷-۳۷.
- <https://doi.org/10.22034/IJPN.10.2.37>
- رحیمیان بوگر، اسحاق، بشارت، محمدعلی، مهاجری‌تهرانی، محمدرضا، طالع‌پسند، سیاوش. (۱۳۹۰). نقش پیش‌بین خودکارآمدی، باور به اثربخشی درمان و حمایت اجتماعی در خودمدیریتی دیابت قندی، *روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۷(۳)، ۲۴۰-۲۳۲.
- <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-1419-fa.html>
- شفیع‌آبادی عبدالله، ناصری غلامرضا، (۱۴۰۱). *نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی*، تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
- شهنوازی، عبدالواحد، صداقت، مستوره، ثابت، مهرداد. (۱۴۰۱). اثربخشی واقعیت‌درمانی بر سبک زندگی سالم و شاخص‌های خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت نوع دو. *خانواده‌درمانی کاربردی*، ۳(۵)، ۱۱۶-۱۰۱.
- <https://doi.org/10.22034/AFTJ.2022.328226.1384>
- کاتبی، مریم‌سادات، مودی، آسیه، دهقان، فائزه، قلعه‌نوئی، مینا. (۱۳۹۸). مقایسه آموزش خانواده محور با فرد محور بر کیفیت زندگی مبتلایان به دیابت نوع ۲، *دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۶(۶)، ۶۱-۷۵.
- <https://www.sid.ir/paper/362468/fa>
- کریمی، سیماء، دلور، علی، قائمی، فاطمه، درتاج، فریبرز. (۱۳۹۸). اثربخشی امیددرمانی بر سرمایه روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، *فصلنامه پرستاری دیابت زابل*، ۷(۲)، ۱۹-۸۰۹.
- <https://dorl.net/dor/20.1001.1.23455020.1398.7.2.6.6>
- گلسر ویلیام، (۱۹۶۵). *واقعیت‌درمانی به‌ضمیمه درآمدی بر واقعیت‌درمانی نوین براساس تئوری انتخاب*، علی صاحبی (۱۴۰۰)، تهران: سایه سخن.
- گلسر ویلیام، (۱۹۹۹). *تئوری انتخاب: درآمدی بر روان‌شناسی امید*، علی صاحبی (۱۴۰۱)، تهران: سایه سخن.
- گلسر ویلیام، (۲۰۰۱). *تئوری انتخاب در اتاق مشاوره*، علی صاحبی (۱۳۹۷)، تهران: سایه سخن.
- نصیردهقان، مریم، طهمورسی، نیلوفر، مقیم‌بیگی، عباس، تقوی کجیدی، حبیبه. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی فراشناخت‌درمانی و واقعیت‌درمانی بر افسردگی، کیفیت زندگی و HbA1c در مبتلایان به دیابت نوع ۲، *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۱(۱)، ۸-۱.
- <https://doi.org/10.29252/mejds.0.0.209>
- وبل‌دینگ رابرت ای، (۲۰۱۷). *دروازه تغییر مراجع: چگونه به مراجعان کمک کنیم تا تغییر معناداری در زندگی خود ایجاد کنند*، علی صاحبی و ابوذر گل‌ورز (۱۴۰۱)، تهران: ارجمند.
- وثوقی کرکولو، نازیلا، ابوطالبی دریاسری، قاسم، فراهانی، بهزاد، محمدنژاد، اسماعیل، سجادی، اعظم. (۱۳۹۰). بررسی توان خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت، *مراقبت‌های نوین*، ۸(۴)، ۱۹۷-۲۰۴.
- <http://dorl.net/dor/20.1001.1.23455020.1397.7.1.4.8>

یاسری، مریم، فیاضی، حانیه سادات، مرنضوی، سیده ساحره، فرجی، نیلوفر. (۱۴۰۰). بررسی سطح اسید اوریک و کنترل وضعیت گلیسمیک در بیماران دیابتی تیپ ۲ در شهر رشت. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۳۰(۴)، ۲۶۸-۲۷۵.

<http://dx.doi.org/10.32598/JGUMS.30.4.1786.1>

American Diabetes Association. (2019). 3. Prevention or delay of type 2 diabetes: standards of medical care in diabetes-2019. *Diabetes Care*, 42(Suppl 1), S29-S33. <https://doi.org/10.2337/dc19-s003>.

Behzadi, S., Tajeri, B., Sodagar, S., & Shariati, Z. (2021). Comparison of the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Reality Therapy (WDEP) on life satisfaction and self-care behaviors in the elderly with type II diabetes. *Journal of Applied Family Therapy*, 2(4), 483-501. (Text in Persian). <https://doi.org/10.22034/AFTJ.2022.295235.1136>.

Billany, R. E., Thopte, A., Adenwalla, S. F., March, D. S., Burton, J. O., & Graham-Brown, M. P. (2023). Associations of health literacy with self-management behaviours and health outcomes in chronic kidney disease: a systematic review. *Journal of Nephrology*, 1-15. <https://doi.org/10.1007/s40620-022-01537-0>.

Castellano-Guerrero, A. M., Guerrero, R., Relimpio, F., Losada, F., Mangas, M. A., Pumar, A., & Martínez-Brocca, M. A. (2018). Prevalence and predictors of depression and anxiety in adult patients with type 1 diabetes in tertiary care setting. *Acta Diabetologica*, 55, 943-953. <https://doi.org/10.1007/s00592-018-1172-5>.

Deschênes, S. S., McInerney, A., Nearchou, F., Byrne, B., Nouwen, A., & Schmitz, N. (2023). Prediabetes and the risk of type 2 diabetes: Investigating the roles of depressive and anxiety symptoms in the life lines cohort study. *Diabetic Medicine*, e15061. <https://doi.org/10.1111/dme.15061>.

ElSayed, N. A., Aleppo, G., Aroda, V. R., Bannuru, R. R., Brown, F. M., Bruemmer, D., Collins, B. S., Cusi, K., Das, S. R., Gibbons, C. H., Giurini, J. M., & Gabbay, R. A. (2023). Summary of revisions: Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care*, 46(Supplement_1), S5-S9. <https://doi.org/10.2337/dc23-Srev>.

Eyob Tediso, D., Bekele Daba, F., & Ayele Mega, T. (2023). In-hospital mortality and its predictors among hospitalized diabetes patients: a prospective observational study. *International Journal of Clinical Practice*, 2023, 1-12. <https://doi.org/10.1155/2023/9367483>.

Fiqri, A. M., Sjattar, E. L., & Irwan, A. M. (2022). Cognitive Behavioral Therapy for self-care behaviors with type 2 diabetes mellitus patients: A systematic review. *Diabetes & Metabolic Syndrome. Clinical Research & Reviews*, 16(7), 102538. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2022.102538>.

Garner, K., Boggiss, A., Jefferies, C., & Serlachius, A. (2022). Digital health interventions for improving mental health outcomes and wellbeing for youth with type 1 diabetes: a systematic review. *Pediatric Diabetes*, 23(2), 258-269. <https://doi.org/10.1111/pedi.13304>.

Glasser, W. (1965). *Reality therapy, a new approach to psychiatry*. Ali Sahebi (2021), Tehran: Sayeh Sokhan. (Text in Persian).

Glasser, W. (1999). *Choice Theory: A New Psychology of Personal Freedom*. Ali Sahebi (2022), Tehran: Sayeh Sokhan. (Text in Persian).

Glasser, W. (2001). *Counseling with Choice Theory*. Ali Sahebi (2018), Tehran: Sayeh Sokhan. (Text in Persian).

Gray, K. E., Silvestrini, M., Ma, E. W., Nelson, K. M., Bastian, L. A., & Voils, C. I. (2023). Gender differences in social support for diabetes self-management: A qualitative study among veterans. *Patient Education and Counseling*, 107, 107578. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.107578>.

- Gray, K. E., Hoerster, K. D., Reiber, G. E., Bastian, L. A., & Nelson, K. M. (2019). Multiple domains of social support are associated with diabetes self-management among Veterans. *Chronic Illness*, 15(4), 264-275. <https://doi.org/10.1177/1742395318763489>.
- Hamidi, A., Hassani, F., Keshavarzi Arshadi, F., & Yousefi, F. (2022). The effectiveness of reality therapy based on skill-training on psychological capital and depression in adolescent girls with type 1 diabetes. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 10(2), 37-47. (Text in Persian). <https://doi.org/10.22034/IJPN.10.2.37>.
- Hashemipour, M., Maracy, M., Javanmard, S. H., Zamaneh, F., Mostofizadeh, N., & Hovsepian, S. (2023). Trends in incidence rates of childhood type 1 diabetes mellitus: A retrospective study in Isfahan province, Iran. *Journal of Diabetes Investigation*, 14(3), 376-386. <https://doi.org/10.1111/jdi.13975>.
- Jalilian, H., Javanshir, E., Torkzadeh, L., Fehresti, S., Mir, N., Heidari Jamebozorgi, M., & Heydari, S. (2023). Prevalence of type 2 diabetes complications and its association with diet knowledge and skills and self care barriers in Tabriz, Iran: A cross sectional study. *Health Science Reports*, 6(2), e1096. <https://doi.org/10.1002/hsr2.1096>.
- Karimi, S., Delavar, A., Ghaemi, F., & Dortaj, F. (2019). Effectiveness of hope therapy on psychological capital of patients with type ii diabetes mellitus. *Journal of Diabetes Nursing*, 7(2), 809-819. (Text in Persian). <https://dori.net/dor/20.1001.1.23455020.1398.7.2.6.6>.
- Katebi, M. S., Moudi, A., Dehghan, F., & Ghalenoei, M. (2020). Comparing the effects of family-center education with person-center on the quality of life in patient with type 2 of diabete. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 26(6), 755-761. (Text in Persian). <https://www.sid.ir/paper/362468/fa>.
- Krall, J. S., Childs, B., & Mehrotra, N. (2023). Mobile applications to support diabetes self-management education: patient experiences and provider perspectives. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 19322968231174037. <https://doi.org/10.1177/19322968231174037>.
- Lunkenheimer, F., Eckert, A. J., Hilgard, D., Köth, D., Kulzer, B., Lück, U., Lüdecke, B., Müller, A., Baumeister, H., & Holl, R. W. (2023). Posttraumatic stress disorder and diabetes-related outcomes in patients with type 1 diabetes. *Scientific Reports*, 13(1), 1556. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-28373-x>.
- Murphy, K. R., & Myers, B. (1998). *Statistical Power Analysis: A Simple and General Model for Traditional and Modern Hypothesis Tests*, Oxford: Routledge.
- Nasirdehghan, M., Tahmouresi, N., Moghimbeigi, A., & Taghavi, K. H. (2021). Comparing the effects of metacognitive therapy and reality therapy on depression, quality of life, and hba1c in patients with type 2 diabetes. *Journal of Disability Studies*, 11(1), 1-8. (Text in Persian). <https://doi.org/10.29252/mejds.0.0.209>.
- Olver, K. (2019). *A Choice Theory Psychology Guide to Relationships*. Abouzar Golvarz (2021), Tehran: Arjmand. (Text in Persian).
- Patra, S., Patro, B. K., Padhy, S. K., & Mantri, J. (2023). Relationship of mindfulness with depression, self-management, and quality of life in type 2 diabetes mellitus: mindfulness is a predictor of quality of life. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 39(1), 70-76. https://doi.org/10.4103/ijsp.ijsp_436_20.
- Rahimian Boogar, E., Besharat, M. A., Mohajeri Tehrani, M., & Talepasand, S. (2011). Predictive role of self-efficacy, belief of treatment effectiveness and social support in diabetes mellitus self-management. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*, 17(3), 232-240. (Text in Persian). <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1419-fa.html>.

- Qian, Y., Emmerling, D. A., Kowitt, S. D., Ayala, G. X., Cherrington, A. L., Heisler, M., ... & Fisher, E. B. (2023). Diabetes distress mediates the relationship between depressive symptoms and glycaemic control among adults with type 2 diabetes: Findings from a multi site diabetes peer support intervention. *Diabetic Medicine*, e15065. <https://doi.org/10.1111/dme.15065>.
- Schrauben, S. J., Cavanaugh, K. L., Fagerlin, A., Ikizler, T. A., Ricardo, A. C., Eneanya, N. D., & Nunes, J. W. (2020). The relationship of disease-specific knowledge and health literacy with the uptake of self-care behaviors in CKD. *Kidney International Reports*, 5(1), 48-57. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2019.10.004>.
- Shafi Abadi, A., & Naseri, Gh. (2022). *Counseling and Psychotherapy Theories*. Tehran: Markaz Nashre Daneshgahi. (Text in Persian).
- Shahnavazi, A., Sedaghat, M., & Sabet, M. (2023). The effectiveness of reality therapy on healthy lifestyle and self-care indicators of women with type 2 diabetes. *Journal of Applied Family Therapy*, 3(5), 101-116. (Text in Persian). <https://doi.org/10.22034/AFTJ.2022.328326.1384>.
- Solem, S., Kennair, L. E. O., Hagen, R., Havnen, A., Nordahl, H. M., Wells, A., & Hjemdal, O. (2019). Metacognitive therapy for depression: A 3-year follow-up study assessing recovery, relapse, work force participation, and quality of life. *Frontiers in Psychology*, 10, 2908. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02908>.
- Toobert, D. J., & Glasgow, R. E. (1994). Assessing diabetes self-management: the summary of diabetes self-care activities questionnaire. *Handbook of Psychology and Diabetes: A guide to psychological measurement in diabetes research and practice*, 351, 75. https://www.researchgate.net/publication/283363522_The_summary_of_diabetes_self-care_activities_questionnaire_Assessing_diabetes_self-management.
- Toobert, D. J., Hampson, S. E., & Glasgow, R. E. (2000). The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care*, 23(7), 943-950. <https://doi.org/10.2337/diacare.23.7.943>.
- Vosoghi Karkazloo, N., Abootalebi Daryasari, Gh., Farahani, B., Mohammadnezhad, E., & Sajjadi, A. (2012). The study of self-care agency in patients with diabetes (ardabil). *Modern Care Journal*, 8(4), 197-204. (Text in Persian). <http://dorl.net/dor/20.1001.1.23455020.1397.7.1.4.8>.
- Wubbolding, R. E. (2017). *Reality Therapy and Self-Evaluation: The Key to Client Change*. Ali Sahebi & Abouzar Golvarz (2023), Tehran: Arjmand. (Text in Persian).
- Yaseri, M., Fayazi, H. S., Mortazavi, S. S., & Faraji, N. (2022). Uric acid level and glycemic status in patients with type 2 diabetes. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*, 30(4), 268-275. (Text in Persian). <https://doi.org/10.32598/JGUMS.30.4.1786.1>.

