



مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان وجودی بر آستانه تحمل، امید به زندگی و رفتارهای خود مراقبتی زنان مبتلا به دیابت نوع دو

اکرم سلیمانی نیا^۱، احمد منصوری^{۱*}، زهرا باقرزاده گل مکانی^۱، احمد زنده دل^۲

۱- گروه روان شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

۲- گروه ریاضی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

چکیده	مقاله پژوهشی اصیل
مقدمه دیابت نوع دو یکی از بیماری های مزمن و ناتوان کننده است. اگرچه اثربخشی درمان های فراشناختی و وجودی بر عوامل روان شناختی مرتبط با این بیماری بررسی شده، اما توجه اندکی به مقایسه این دو روش شده است. از این رو پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان های فراشناختی و وجودی بر آستانه تحمل، امید به زندگی و رفتارهای خود مراقبتی زنان مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد. مواد و روش ها این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به دیابت نوع دو بود که در نیمه دوم سال ۱۳۹۷ به مرکز دیابت فضل ابن شاذان شهر نیشابور مراجعه کردند. از بین آنان ۶۰ نفر به شیوه در دسترس انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش (درمان های فراشناختی و وجودی) و کنترل گمارده شدند. آن ها به مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون، مقیاس امید اسنایدر و همکاران و پرسشنامه فعالیت های خود مراقبتی در دیابت توبرت و گلاسکو پاسخ دادند. جهت تحلیل داده ها از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. یافته ها نتایج پژوهش نشان داد که بین دو درمان فراشناختی و وجودی در افزایش آستانه تحمل و امید به زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تفاوت وجود ندارد، اما درمان وجودی در افزایش رفتارهای خود مراقبتی مؤثرتر است. نتیجه گیری درمان های فراشناختی و وجودی نقش مهمی در افزایش آستانه تحمل و امید به زندگی و حتی رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو دارند، از این رو می توان از این روش ها در کنار درمان های پزشکی استفاده کرد. کلیدواژه ها آستانه تحمل، امید به زندگی، خود مراقبتی، درمان فراشناختی، درمان وجودی	تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۶/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۱۳ *نویسنده مسئول: احمد منصوری، گروه روان شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران. تلفن: +۹۸۹۱۵۳۳۳۱۷۹۹ پست الکترونیک: mansoury_am@yahoo.com



مقدمه

دیابت نوع دو، وضعیت هم‌زمان و متقابل مقاومت به انسولین و کمبود نسبی انسولین است (۱). شیوع این بیماری در سطح جهان به سرعت در حال افزایش است (۲). عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی متعددی از جمله ژنتیک، سن بالا، سابقه خانوادگی ابتلا به دیابت نوع دو، چاقی، سبک زندگی (رژیم غذایی، سیگار کشیدن، مصرف الکل، کاهش فعالیت جسمی)، وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین، استرس روانی اجتماعی و افسردگی با دیابت نوع دو مرتبط هستند (۳، ۲). این بیماری پیامدهای جسمی مختلفی مثل بیماری‌های قلبی عروقی، نوروپاتی، رتینوپاتی، نوروپاتی و مرگ‌ومیر را به دنبال دارد (۴). علاوه‌براین، پیامدهای روان‌شناختی مختلفی از جمله علائم افسردگی و اضطرابی را در پی دارد (۵، ۶).

دیابت نوع دو همچنین آستانه تحمل^۱ یا تاب‌آوری (۷)، امید به زندگی^۲ (۸، ۹) و رفتارهای خود مراقبتی^۳ (۱۰) افراد مبتلا را تحت تأثیر قرار می‌دهد. آستانه تحمل فرایند مذاکره مؤثر، سازگاری یا مدیریت منابع مرتبط با استرس یا آسیب است. دارایی‌ها و منابع موجود در افراد، زندگی و محیط آن‌ها، ظرفیت سازگاری و بازگشت را در مواجهه با سختی‌ها تسهیل می‌کنند (۱۱). همچنین به فرایند پویایی اشاره دارد که افراد از طریق آن از عوامل محافظت‌کننده و منابع به نفع خود استفاده می‌کنند (۱۲). امید به عنوان توانایی ادراک شده افراد برای به دست آوردن روش‌هایی برای رسیدن به اهدافشان تعریف شده است (۱۳). درنهایت خود مراقبتی شامل مجموعه فعالیت‌هایی از جمله رژیم غذایی، ورزش، پایش قند خون، مراقبت از پاها و سیگار کشیدن در افراد مبتلا به دیابت می‌شود (۱۴). باوجوداین، عوامل متنوعی

مثل ارتباط ضعیف بیمار-مراقب، استفاده از داروهای گیاهی، فقدان حمایت از طرف خانواده، فهم یا دانش ناکافی در مورد بیماری، دشواری و فقدان انگیزه برای تغییر، نیاز به آموزش و عوامل اجتماعی-فرهنگی و روان‌شناختی مانع از رفتارهای خود مراقبتی در افراد مبتلا به دیابت نوع دو می‌شوند (۱۵). از روش‌های مختلفی مثل کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (۱۶)، روان‌درمانی مثبت نگر (۱۷)، امید درمانی (۱۸)، معنویت درمانی (۱۹)، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (۲۰) و آموزش ذهن آگاهی (۲۱)، برای افزایش آستانه تحمل، امید به زندگی و رفتارهای خود مراقبتی افراد مبتلا به دیابت نوع دو استفاده شده است. دو روش دیگری که برای افزایش این متغیرها می‌توانند مورد استفاده قرار گیرند، درمان فراشناختی^۴ و درمان وجودی^۵ هستند. فراشناخت به عوامل شناختی دخیل در نظارت، کنترل و تفسیر تفکر فرد اشاره دارد (۲۲). درمان فراشناختی برای کاهش سندرم شناختی توجهی و اصلاح باورهای فراشناختی ناسازگار زیرین آن ساخته شده است. این سندرم شامل نگرانی، نشخوار فکری، نظارت بر تهدید و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگار است (۲۳). هدف اصلی این درمان کمک به افراد است تا با افکارشان به گونه‌ای متفاوت ارتباط برقرار کنند، کنترل و آگاهی فراشناختی انعطاف‌پذیری را گسترش دهند و از پردازش اطلاعات به صورت نگرانی، نشخوار فکری و پایش تهدید جلوگیری کنند (۲۴). اثر درمان فراشناختی بر آستانه تحمل (۲۵) و امید به زندگی (۲۶) افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مثل سرطان پستان و مولتیپل اسکلروزیس تأیید شده است. بااین‌وجود توجه اندکی به اثر آن بر خود مراقبتی، آستانه تحمل و امید به زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شده است. پیلتن نشان داد که درمان

4. metacognitive therapy
5. existential therapy

1. life-expectancy
2. resilience
3. self-care behaviors



فراشناختی بر افزایش آستانه تحمل زنان مبتلا به دیابت نوع دو مؤثر است (۲۷). سایر پژوهش‌ها نشان دادند که این درمان بر افسردگی، نشخوار فکری و اضطراب فراگیر بیماران مبتلا به دیابت نوع دو اثربخش است (۳۰-۲۷).

درمان‌های وجودی، گروهی از مداخله‌های روان‌شناختی هستند که به‌طور صریح سؤال‌های افراد درباره وجود را مورد توجه قرار می‌دهند و فرض می‌کنند که با بهبود پریشانی وجودی می‌توان از آسیب‌شناسی روانی پیشگیری کرد یا آن را کاهش داد (۳۱). این درمان بر انتخاب آگاهانه، آگاهی، قصدمندی، آزادی، مسئولیت‌پذیری، اصالت و مشارکت تأکید دارد. اهداف عمده درمان‌های وجودی این است که به افراد کمک کنند تا مسئولیتی برای وجود خودشان در جهان بر عهده گیرند، مستقل و خودمختار باشند، تصمیم‌های اخلاقی بگیرند، اضطراب را به‌عنوان جنبه بهنجار زندگی انسان مدیریت کنند، قصد آگاهانه خود را بیان کنند، با دیگران مشارکت کنند و در روابط صمیمی سهیم شوند (۳۲). اثربخشی درمان‌های وجودی بر آستانه تحمل (۳۳) و امید به زندگی (۳۴-۳۸) افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله ناباروری، سرطان معده، مولتیپل اسکلروزیس، تالاسمی و سرطان پستان تأیید شده است. با این وجود توجه اندکی به اثر آن بر خود مراقبتی و سایر متغیرهای این پژوهش شده است. شعبانی و محمودی تبار نشان دادند که معنا درمانی بر امید به زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شهرستان ثلاث مؤثر است (۳۹). سایر پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان‌های وجودی بر سلامت معنوی و نگرش زندگی بیماران (۴۰) و رضایت زناشویی زنان (۴۱) مبتلا به دیابت نوع دو مؤثر است.

اگرچه اثربخشی دو درمان وجودی و فراشناختی بر مشکلات روان‌شناختی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن به‌خصوص دیابت نوع دو (آستانه تحمل، امید به زندگی، افسردگی،

نشخوار فکری و اضطراب فراگیر، سلامت معنوی، نگرش زندگی بیماران و رضایت زناشویی زنان) تأیید شده است (۲۵-۳۰، ۳۳-۴۱)، اما توجه اندکی به مقایسه اثر این دو درمان شده است. تنها در یک پژوهش نشان دادند که معنا درمانی گروهی و درمان فراشناختی بر افزایش آستانه تحمل یا تاب‌آوری دانشجویان مؤثر هستند. در این پژوهش نشان داده شده است که حجم اثر معنا درمانی و درمان فراشناختی بر آستانه تحمل به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۶۶ است (۴۲). باوجود این تفاوت بین دو درمان به لحاظ آماری بررسی نشده است و این پژوهش در مورد گروهی از دانشجویان انجام شده است. از طرف دیگر دو درمان بر اضطراب تأکید دارند (۲۴، ۳۲) و اضطراب و اختلال‌های اضطرابی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شایع هستند (۵). اضطراب نیز با کیفیت زندگی، شدت یا مزمن بودن بیماری، علائم افسردگی و کیفیت خواب افراد مبتلا به دیابت نوع دو رابطه دارد (۴۳، ۴۴). همچنین، با توجه به شیوع دیابت نوع دو (۲)، پیامدهای جسمی، روان‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی (۵-۲)، توجه اندک به اثر و مقایسه اثر این دو درمان بر آستانه تحمل، امید به زندگی و رفتارهای خود مراقبتی افراد مبتلا به دیابت نوع دو، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان وجودی بر آستانه تحمل، امید به زندگی و رفتارهای خود مراقبتی زنان مبتلا به دیابت نوع دو انجام گردید.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان بیمار مبتلا به دیابت نوع دو شهر نیشابور در سال ۱۳۹۷ بود. نمونه مورد بررسی شامل ۶۰ نفر از زنان مبتلا به دیابت نوع دو بود که در نیمه دوم سال ۱۳۹۷ به مرکز دیابت فضل ابن شاذان



شهر نیشابور مراجعه کردند. شرکت کنندگان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به تصادف در سه گروه درمان فراشناختی (۲۰ نفر)، درمان وجودی (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) جایگزین شدند. حجم نمونه بر اساس حداقل حجم نمونه مورد نیاز در پژوهش‌های آزمایشی ۱۵ نفر در نظر گرفته شد (۴۵)، اما با توجه به احتمال افت شرکت کنندگان، برای هر گروه ۲۰ نفر انتخاب شدند. پس از تایید طرح پژوهش در شورای پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور، اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد (IR.IAU.MSHD.REC.1399.067) و اخذ مجوز از دانشکده علوم پزشکی شهر نیشابور به مرکز دیابت فضل ابن شاذان مراجعه گردید. پس از موافقت این مرکز، زنان مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به پژوهشگر معرفی شدند و از بین آن‌ها ۶۰ نفر بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. مداخله‌های درمانی و ملاقات با افراد گروه‌های آزمایش و کنترل در کلینیک فرهنگیان شهر نیشابور انجام شد. برای نداشتن ارتباط بین شرکت کنندگان، روزهای متفاوتی جهت تشکیل جلسات درمانی در نظر گرفته شد. هر دو مداخله فراشناختی و وجودی توسط نویسنده اول این مقاله انجام شده است. ملاک‌های ورود شرکت کنندگان شامل زن بودن، ابتلا به دیابت نوع دو، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، دامنه سنی ۵۰-۳۰ سال و نداشتن ناتوانی جسمی از جمله نابینایی و ناشنوایی بود. معیار خروج نیز شامل ابتلای هم‌زمان به اختلال‌های همبود نظیر اختلال‌های روان‌پریشی، مصرف مواد، کم‌توانی ذهنی و هرگونه شرایط وخیم پزشکی، شرکت هم‌زمان در سایر روان‌درمانی‌ها، غیبت بیش از دو جلسه در مداخله‌های

درمانی، عدم تمایل به ادامه درمان و عدم پاسخ کامل به پرسشنامه‌ها است. ملاحظات اخلاقی شامل رضایت آگاهانه کتبی، رعایت اصل رازداری و محرمانه نگه داشتن اطلاعات و پرهیز از آسیب به شرکت کنندگان بود. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون^۱: این مقیاس توسط کانر و دیویدسون ساخته شده است. هر یک از مواد این پرسشنامه بر اساس یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. این آزمون دارای پنج عامل تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است. پایین‌ترین نمره در این مقیاس ۰ و بالاترین نمره ۱۰۰ می‌باشد. آن‌ها اعتبار آزمون را به روش همسانی درونی، بازآزمایی ۰/۸۹ و ۰/۸۷ گزارش کردند. همچنین نشان دادند که این مقیاس از روایی مناسبی برخوردار است (۴۶). اعتبار این آزمون برای بیماران مبتلا به دیابت با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش شده است (۴۷).

پرسشنامه امید^۲: ابزاری ۱۲ ماده‌ای است که توسط اسنایدر و همکاران^۳ ساخته شده است. هر ماده بر اساس یک مقیاس چهاردرجه‌ای بین ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۴ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. دارای دو مؤلفه راهبرد و عامل است. آن‌ها نشان دادند که این پرسشنامه از اعتبار (۰/۸۴-۰/۷۴= ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۵-۰/۷۳= بازآزمایی) و روایی مناسبی برخوردار است (۴۸). اعتبار این آزمون در نمونه‌ای از افراد مبتلا به دیابت نوع دو و بر اساس یک مقیاس پنج‌درجه‌ای (۰= کاملاً مخالفم، ۴= کاملاً موافقم) ۰/۸۱ گزارش شده است (۴۹).

1. Connor and Davidson Resilience Scale (CD-RISC)

2. Hope Scale (HS)

3. Snyder

**مقیاس چکیده فعالیت‌های خود مراقبتی در دیابت^۱:**

ابزاری است که توسط توبرت، هامسون و گلاسکو^۲ ساخته شده است و دارای ۱۲ ماده می‌باشد. همچنین دارای پنج خرده مقیاس رژیم غذایی، ورزش، پایش قند خون، مراقبت از پاها و سیگار کشیدن است. هر یک از مواد بر اساس یک مقیاس ۷ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. آن‌ها میانگین همبستگی درون ماده‌ای و بازآزمایی را ۰/۴۷ و ۰/۴۰ گزارش

کردند (۱۴). اعتبار این آزمون در مورد گروهی از زنان مبتلا به دیابت نوع دو ۰/۷۵ گزارش شده است (۵۰).
درمان فراشناختی: برای درمان وجودی افراد مبتلا به دیابت نوع دو از پروتکل درمان فراشناختی ولز و پاپاجورجیو^۴ (۵۱) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت دو ماه استفاده شد (جدول ۱).

جدول ۱- محتوای جلسات درمان فراشناختی

جلسه	شرح
اول	تدوین و فرمول‌بندی موردی، معرفی مدل و آماده‌سازی، شناسایی و نام‌گذاری دوره‌های نشخوار فکری، تمرین تکلیف آموزش توجه
دوم	معرفی و تمرین ذهن آگاهی گسلیده، معرفی به تعویق انداختن نشخوار فکری
سوم	شناسایی برانگیزاننده‌ها و به‌کارگیری ذهن آگاهی گسلیده، تمرین تکنیک آموزش توجه، بررسی سطح فعالیت و مقابله اجتنابی
چهارم	وارسی به‌کارگیری به تعویق انداختن نشخوار فکری، چالش با باورهای مثبت در مورد نشخوار فکری
پنجم	وارسی کاربرد گسترده‌تر و پایدار ذهن آگاهی گسلیده، ادامه چالش با باورهای مثبت درباره نشخوار فکری، بررسی سطح فعالیت، تمرین تکنیک آموزش توجه
ششم	بررسی و چالش با باورهای منفی درباره هیجان‌ها
هفتم	کار کردن روی تدوین برنامه‌های جدید، بررسی و تغییر ترس از بازگشت علائم
هشتم	جلوگیری از عود، کار بر روی باورهای فراشناختی باقی‌مانده، پیش‌بینی انگیزاننده‌های آتی و بحث درباره نحوه استفاده از برنامه جدید

درمان وجودی: برای درمان وجودی افراد مبتلا به دیابت

نوع دو از پروتکل درمان وجودی یالوم^۳ (۵۲) در ۸ جلسه

۹۰ دقیقه‌ای به مدت دو ماه استفاده شد (جدول ۲).

1. Summary of Diabetes Self-Care Activities
2. Toobert, Hampson & Glasgow
3. Yalom

4. Wells & Papageorgiou



جدول ۲- محتوای جلسات درمان وجودی

جلسه	شرح
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، بیان قوانین حاکم بر مشاوره گروهی، معرفی گروه و تعداد جلسات، تعهد مبنی بر راداری اعضا با هدف ایجاد فضایی امن و قابل اعتماد برای اعضا، بیان اهداف از شرکت در گروه، ایجاد زمینه همبستگی گروهی و ارتباط با یکدیگر
دوم	ایجاد ارتباط و افزایش همبستگی و مشارکت اعضا، تقویت حضور در اینجا و اکنون و افزایش خودآگاهی
سوم	تشویق اعضا به خود افشایی بیشتر، تعمق بخشیدن به خودآگاهی
چهارم	آشنایی با مفاهیم روان‌شناختی آزادی و انتخاب، آگاهی از جایگاه و پیامدهای آزادی و انتخاب در سلامت یا عدم سلامت روان
پنجم	آشنایی با مفهوم مسئولیت‌پذیری، افزایش مسئولیت‌پذیری نسبت به خود و دیگران و بهبود رابطه با خود و دیگران
ششم	درک و پذیرش تنهایی به عنوان واقعیت غیرقابل اجتناب، درک عدم مغایرت تنهایی با نزدیکی با دیگران، درک نقش صمیمیت در تحمل احساس تنهایی، قبول واقعیت مرگ، درک اهمیت واقعیت مرگ برای پربار شدن زندگی
هفتم	درک معنا و هدف در زندگی، کشف معناهای پنهان و آشکار در زندگی اعضا، متعهد شدن به هدفی خاص در زندگی آینده، درک مفهوم خودشکوفایی و تعالی، آشنایی با ویژگی‌های خودشکوفایی
هشتم	یکپارچه‌سازی و تبیین هماهنگ مطالب جلسات قبل، تبیین تجربه درمان به عنوان آغاز ارتباطی جدید و سالم با دیگران، پایان دادن فرآیند درمان

یافته ها

۱۳=متأهل، ۲=مطلقه) در وضعیت تأهل وجود نداشت ($p=0/76$ ، $\chi^2=2/05$). همچنین بین سطح تحصیلات سه گروه فراشناختی (۲=زیر دیپلم، ۷=دیپلم، ۹=کارشناسی، ۲=کارشناسی ارشد)، وجودی (۱=زیر دیپلم، ۲=دیپلم، ۱۵=کارشناسی، ۲=کارشناسی ارشد) و کنترل (۱=زیر دیپلم، ۵=دیپلم، ۱۳=کارشناسی، ۱=کارشناسی ارشد) تفاوت معنادار وجود نداشت ($p=0/53$ ، $\chi^2=5/12$). در جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

در جدول ۳ یافته‌های جمعیت شناختی مربوط به شرکت‌کنندگان ارائه شده است. میانگین و انحراف استاندارد افراد گروه فراشناختی، وجودی، کنترل و کل به ترتیب $39/85 \pm 6/60$ ، $39/90 \pm 5/48$ ، $39/25 \pm 5/71$ و $39/67 \pm 5/85$ بود. نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان داد بین سه گروه در متغیر سن تفاوت معنادار وجود ندارد ($p<0/93$ ، $f=0/074$). تفاوت معناداری بین سه گروه فراشناختی (۶=مجرد، ۱۲=متأهل، ۲=مطلقه)، وجودی (۳=مجرد، ۱۳=متأهل، ۴=مطلقه) و کنترل (۵=مجرد،

جدول ۳- شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

متغیر	زمان	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	گروه کنترل
آستانه تحمل	پیش‌آزمون	۴۸/۸۰	۵/۱۷	۵۵/۱۵	۸/۱۰	۵۶/۷۰	۵/۰۳	گروه وجودی
	پس‌آزمون	۶۴/۹۵	۴/۵۷	۶۸/۹۰	۵/۲۲	۵۷/۵۵	۴/۶۸	گروه فراشناختی
امید به زندگی	پیش‌آزمون	۱۵/۸۰	۳/۱۳	۱۶/۶۰	۲/۱۳	۱۷/۳۵	۲/۲۷	گروه کنترل
	پس‌آزمون	۲۲/۵۰	۲/۹۸	۲۱/۷۰	۱/۹۴	۱۹/۴۵	۲/۵۸	گروه وجودی
رفتارهای خود مراقبتی	پیش‌آزمون	۴۲	۷/۲۹	۴۵/۷۰	۶/۳۵	۴۷/۱۰	۶/۲۷	گروه کنترل
	پس‌آزمون	۴۵/۶۰	۴/۰۸	۶۵/۵۵	۴/۶۲	۴۸/۲۵	۴/۱۴	گروه وجودی



خود مراقبتی ($F=0/29$, $df1=2$, $df2=57$, $p=0/74$) پیش‌آزمون) برقرار است. نتایج حاصل از آزمون شیب‌خط رگرسیون برای متغیرهای پژوهش به‌جز رفتارهای خود مراقبتی معنادار نبود. نتایج آزمون لامبدای ویلکز نیز برای متغیرهای پژوهش معنادار بود ($f=39/74$, $p=0/0001$). از این‌رو بین سه گروه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد. در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی تفاوت بین گروه‌ها ارائه شده است.

بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌های نشان داد که توزیع داده‌ها در همه متغیرهای پژوهش به‌جز پس‌آزمون امید به زندگی نرمال است ($p>0/05$). نتایج آزمون باکس نشان داد که پیش‌فرض همگنی واریانس-کوواریانس ($F=0/86$, $df1=12$, $df2=15745/15$, $p=0/58$) برقرار است. نتایج آزمون لون نشان داد که پیش‌فرض همگنی واریانس برای متغیرهای آستانه تحمل ($F=1/62$, $df1=2$, $df2=57$, $p=0/20$)، امید به زندگی ($F=0/58$, $df1=2$, $df2=57$, $p=0/56$) و رفتارهای

جدول ۴- نتایج آزمون اثرات بین گروهی مربوط به متغیرهای آستانه تحمل، امید به زندگی و رفتارهای خود مراقبتی

منبع تغییرات	متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر	توان آزمون
گروه	آستانه تحمل	۱۴۰۴/۴۹	۲	۷۰۲/۲۵	۳۸/۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸	۱
	امید به زندگی	۷۵/۱۶	۲	۳۷/۵۸	۵/۹۲	۰/۰۰۵	۰/۱۸	۰/۸۶
	خود مراقبتی	۴۲۷۷/۰۴	۲	۲۱۳۸/۵۲	۱۲۲/۱۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲	۱
خطا	آستانه تحمل	۹۹۱/۹۰	۵۴	۱۸/۳۷				
	امید به زندگی	۳۴۲/۳۱	۵۴	۳/۳۴				
	خود مراقبتی	۹۴۵/۶۸	۵۴	۱۷/۵۱				

در متغیرهای آستانه تحمل و امید به زندگی تفاوت وجود ندارد ($p>0/05$)، اما بین این دو گروه و گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد ($p<0/05$). بین درمان فراشناختی و وجودی و همچنین بین درمان وجودی و گروه کنترل در متغیر رفتارهای خود مراقبتی تفاوت معنادار وجود دارد ($p<0/05$)، اما بین گروه فراشناختی و کنترل تفاوت معنادار وجود ندارد ($p>0/05$).

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد بین سه گروه فراشناختی، وجودی و کنترل در متغیرهای آستانه تحمل، امید به زندگی و رفتارهای خود مراقبتی تفاوت وجود دارد ($p<0/05$). اندازه اثر برای این متغیرها به ترتیب ۰/۵۸، ۰/۱۸ و ۰/۸۲ بود. برای بررسی دقیق‌تر تفاوت‌های موجود بین سه گروه از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد (جدول ۵). نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد بین دو گروه درمان فراشناختی و وجودی



جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی مربوط به متغیرهای آستانه تحمل، امید به زندگی و رفتارهای خود مراقبتی

متغیر	گروه	گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	p
آستانه تحمل	درمان فراشناختی	درمان وجودی	-۱/۸۸	۱/۵۴	۰/۶۸
	درمان فراشناختی	کنترل	۹/۸۷	۱/۶۶	۰/۰۰۰۱
	درمان وجودی	کنترل	۱۱/۷۵	۱/۳۸	۰/۰۰۰۱
امید به زندگی	درمان فراشناختی	درمان وجودی	۰/۶۹	۰/۹۰	۱
	درمان فراشناختی	کنترل	۳/۰۱	۰/۹۷	۰/۰۱
	درمان وجودی	کنترل	۲/۳۲	۰/۸۱	۰/۰۱
خود مراقبتی	درمان فراشناختی	درمان وجودی	-۱۹/۰۶	۱/۵۰	۰/۰۰۰۱
	درمان فراشناختی	کنترل	-۱/۴۸	۱/۶۲	۱
	درمان وجودی	کنترل	۱۷/۵۸	۱/۳۴	۰/۰۰۰۱

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان‌های فراشناختی و وجودی بر آستانه تحمل، امید به زندگی و رفتارهای خود مراقبتی زنان مبتلا به دیابت نوع دو انجام گردید. نتایج نشان داد بین دو گروه درمان فراشناختی و وجودی در متغیرهای آستانه تحمل و امید به زندگی تفاوت وجود ندارد، اما بین این دو گروه و گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. بین درمان فراشناختی و وجودی و همچنین بین درمان وجودی و گروه کنترل در متغیر رفتارهای خود مراقبتی تفاوت معنادار وجود دارد، اما بین گروه فراشناختی و کنترل تفاوت معنادار وجود ندارد. پژوهشی همسو با نتایج پژوهش حاضر مشاهده نگردید. باوجوداین، نتایج این پژوهش همسو با یافته‌های پیلتن (۲۷) نشان داد که درمان فراشناختی بر افزایش تاب‌آوری یا آستانه تحمل زنان مبتلا به دیابت نوع دو مؤثر است. همچنین، همسو با پژوهش‌های قبلی (۴۲، ۲۶، ۲۵) نشان داد که درمان فراشناختی بر آستانه تحمل و امید به زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن اثربخش است. برای مثال شاره و اصغرخواه دریافتند که گروه درمانی فراشناختی بر آستانه تحمل زنان مبتلا به مولتیپل اسکلوزیس مؤثر است

(۲۵). اسدزاده و محمودعلیلو نشان دادند که درمان فراشناختی بر علائم افسردگی و امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان اثر دارد (۲۶). قاسمی، قمری، پویامنش و فتحی اقدام گزارش کردند که این درمان بر افزایش آستانه تحمل دانشجویان مؤثر است (۴۲). در مطالعه‌های اخیر به بیماری‌های مزمنی از جمله سرطان و مولتیپل اسکلوزیس و همچنین دانشجویان توجه شده است، درحالی‌که در پژوهش حاضر جامعه هدف شامل بیماران زن مبتلا به دیابت نوع دو بوده است.

بر اساس رویکرد فراشناختی می‌توان گفت که این درمان با کاهش سندرم شناختی توجهی و اصلاح باورهای فراشناختی ناسازگار ازجمله نگرانی، نشخوار فکری، نظارت بر تهدید و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگار (۲۳) نقش مهمی در افزایش آستانه تحمل، امید به زندگی و رفتارهای خود مراقبتی زنان مبتلا به دیابت نوع دو دارد. در این رویکرد با فرمول‌بندی موردی، معرفی مدل و آماده‌سازی، شناسایی و نام‌گذاری دوره‌های نشخوار فکری، تمرین تکلیف آموزش توجه، معرفی و تمرین ذهن آگاهی گسلیده، معرفی به تعویق انداختن نشخوار فکری، شناسایی برانگیزاننده‌ها و به‌کارگیری ذهن آگاهی گسلیده، تمرین تکنیک آموزش توجه، بررسی سطح



نتایج این مطالعه همسو با مطالعه شعبانی و محمودی تبار (۳۹) نشان داد که درمان‌های وجودی بر امید به زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مؤثر هستند.

درمان‌های وجودی با بهبود پریشانی وجودی از آسیب‌شناسی روانی پیشگیری کرده یا آن را کاهش می‌دهند (۳۱). این درمان‌ها به افراد کمک می‌کنند تا مسئولیت وجود خود را بر عهده گیرند، مستقل و خودمختار باشند، تصمیم‌های اخلاقی بگیرند، اضطراب را به‌عنوان جنبه بهنجار زندگی انسان مدیریت کنند، قصد آگاهانه خود را بیان کنند، با دیگران مشارکت کنند و در روابط صمیمی سهیم شوند (۳۲)؛ به عبارت دیگر، این رویکرد با ایجاد ارتباط و افزایش همبستگی و مشارکت اعضا، تقویت حضور در اینجا و اکنون و افزایش خودآگاهی، تشویق اعضا به خود افشایی بیشتر، تعمق بخشیدن به خودآگاهی، آشنایی با مفاهیم روان‌شناختی آزادی و انتخاب، آگاهی از جایگاه و پیامدهای آزادی و انتخاب در سلامت یا عدم سلامت روان، آشنایی با مفهوم مسئولیت‌پذیری، افزایش مسئولیت‌پذیری نسبت به خود و دیگران و بهبود رابطه با خود و دیگران، درک و پذیرش تنهایی به‌عنوان واقعیت غیرقابل اجتناب، درک عدم مغایرت تنهایی با نزدیکی با دیگران، درک نقش صمیمیت در تحمل احساس تنهایی، قبول واقعیت مرگ، درک اهمیت واقعیت مرگ برای پربار شدن زندگی، درک معنا و هدف در زندگی، کشف معناهای پنهان و آشکار در زندگی اعضا، متعهد شدن به هدفی خاص در زندگی آینده، درک مفهوم خودشکوفایی و تعالی، آشنایی با ویژگی‌های خودشکوفایی، تبیین تجربه درمان به‌عنوان آغاز ارتباطی جدید و سالم با دیگران (۵۲) به افراد کمک می‌کند تا آستانه تحمل، امید به زندگی و رفتارهای خود مراقبتی خود را افزایش دهند.

درنهایت، عدم تفاوت بین دو درمان در اثرگذاری بر متغیرهای آستانه تحمل و امید به زندگی بیماران مبتلا به

فعالیت و مقابله اجتنابی، چالش با باورهای مثبت در مورد نشخوار فکری، بررسی و چالش با باورهای منفی درباره هیجان‌ها، کار کردن روی تدوین برنامه‌های جدید، بررسی و تغییر ترس از بازگشت علائم، پیش‌بینی انگیزاننده‌های آتی و بحث درباره نحوه استفاده از برنامه جدید (۵۱، ۲۴، ۲۳)، به افراد کمک می‌کند تا آستانه تحمل، امید به زندگی و رفتارهای خود مراقبتی خود را افزایش دهند.

نتایج پژوهش حاضر همچنین همسو با مطالعات قبلی (-۳۸، ۳۳) نشان داد که اثربخشی درمان‌های وجودی بر آستانه تحمل و امید به زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مؤثر است. رضایی و همکاران دریافتند که روان‌درمانی وجودی به افزایش تاب‌آوری زنان نابارور کمک می‌کند (۳۳).

برجلی و همکاران گزارش کردند که معنا درمانی گروهی بر اضطراب مرگ و امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان معده اثربخش است (۳۴). در پژوهشی دیگر نشان دادند که روان‌درمانی وجودی به شیوه گروهی بر افزایش امیدواری مادران دارای کودک سرطانی اثر دارد (۳۵). قرائی زیبایی و همکاران دریافتند که معنا درمانی به شیوه گروهی بر استرس ادراک‌شده و امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مؤثر است (۳۶). غلامی و همکاران نشان دادند که آموزش معنا درمانی گروهی بر امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران دختر تالاسمی اثر دارد (۳۷). در یک مطالعه دیگر گزارش کردند که معنا درمانی به شیوه گروهی به کاهش ناامیدی زنان مبتلا به سرطان پستان کمک می‌کند (۳۸). قاسمی و همکاران نشان دادند که معنا درمانی گروهی بر آستانه تحمل دانشجویان مؤثر است (۴۲).

در مطالعه‌های اخیر به بیماری‌های مزمنی از جمله سرطان مولتیپل اسکلروزیس و همچنین دانشجویان توجه شده است، درحالی‌که در پژوهش حاضر جامعه هدف شامل بیماران زن مبتلا به دیابت نوع دو بوده است. باوجوداین،



نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین دو درمان فراشناختی و وجودی در افزایش آستانه تحمل و امید به زندگی زنان مبتلا به دیابت نوع دو تفاوت وجود ندارد، اما درمان وجودی در افزایش رفتارهای خود مراقبتی مؤثرتر است. نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌کند که درمان‌های فراشناختی و وجودی نقش مهمی در افزایش آستانه تحمل و امید به زندگی و حتی رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو دارند، از این رو می‌توان از این دو روش درمانی در کنار درمان‌های پزشکی استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش دارای کد اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد به شماره IR.IAU.MSHD.REC.1399.067 است. در پایان از تمام کارکنان مرکز دیابت فضل ابن شاذان شهر نیشابور که ما را در این مسیر یاری نمودند و مراجعان عزیز که در مداخله شرکت نمودند، تقدیر و تشکر می‌گردد.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

دیابت نوع دو نشان می‌دهد این دو درمان به‌واسطه تکنیک‌ها و مکانیسم‌های زیرین خود اثر مشابهی دارند، اما درمان وجودی به‌واسطه تأکید بر مفاهیمی مثل آزادی و انتخاب آگاهانه، افزایش مسئولیت‌پذیری، مشارکت با دیگران، قبول واقعیت مرگ، درک مفهوم معنا و هدف، متعهد شدن به هدفی خاص در زندگی آینده اثر بیشتری بر رفتارهای خود مراقبتی زنان مبتلا به دیابت نوع دو دارد. پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود. یکم، پژوهش حاضر در مورد گروهی از زنان مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به مرکز کنترل دیابت شهر نیشابور انجام شده است، از این رو در تعمیم نتایج به سایر افراد و گروه‌ها باید احتیاط کرد. دوم، برای جمع‌آوری داده‌ها از آزمون‌های خود گزارشی مداد کاغذی استفاده گردید، لذا ممکن است نتایج به‌دست‌آمده تحت تأثیر سوگیری شرکت‌کنندگان قرار داشته باشد. سوم، به سبب فقدان زمان کافی آزمون پیگیری برای بررسی ماندگاری اثر مداخله‌های درمانی انجام نشد، لذا پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از دوره‌های پیگیری برای بررسی ماندگاری این اثر استفاده شود.

References

1. Clapham JC. Sixty years of drug discovery for type 2 diabetes: Where are we now? In Stocker KJ (Eds.), Type 2 diabetes: Methods and protocols. New York; Humana Press; 2020.
2. Schnurr TM, Jakupović H, Carrasquilla GD, et al. Obesity, unfavourable lifestyle and genetic risk of type 2 diabetes: A case-cohort study. Diabetologia. 2020;63(7):1324-32. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32291466/>
3. Zheng Y, Ley SH, Hu FB. Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications. Nat Rev Endocrinol. 2018;14(2):88-98. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29219149/>
4. Fayazbakhsh E, Mansouri A. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on intolerance of uncertainty, experiential avoidance, and symptoms of generalized anxiety disorder in individuals with Type II diabetes. IAHS. 2019; 6(1):30-5. <http://oldiahs.kaums.ac.ir/article-1-233-en.html&s=w=Mansouri>



5. Zardoshtian Moghadam V, Mansouri A. Comparison of anxiety disorders symptoms and related transdiagnostic factors in individuals with type 2 diabetes and healthy individuals. *J Fundam Ment Health*. 2017;19(4):356-65. http://jfmh.mums.ac.ir/article_9013_en.html
6. Whitworth SR, Bruce DG, Starkstein SE, Davis WA, Davis TM, Bucks RS. Lifetime depression and anxiety increase prevalent psychological symptoms and worsen glycemic control in type 2 diabetes: The fremantle diabetes study phase II. *Diabetes Res Clin Pract*. 2016;122:190-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27865961/>
7. Wilson AL, McNaughton D, Meyer SB, Ward PR. Understanding the links between resilience and type-2 diabetes self-management: a qualitative study in South Australia. *Arch Public Health*. 2017;75:56. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28944055/>
8. Leal J, Gray AM, Clarke PM. Development of life-expectancy tables for people with type 2 diabetes. *Eur Heart J*. 2009;30(7):834-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19109355/>
9. Walker J, Colhoun H, Livingstone S, et al. Type 2 diabetes, socioeconomic status and life expectancy in Scotland (2012-2014): A population-based observational study. *Diabetologia*. 2018;61(1):108-16. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29075822/>
10. Sina M, Graffy J, Simmons D. Associations between barriers to self-care and diabetes complications among patients with type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*. 2018;141:126-131. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29689320/>
11. Windle G. What is resilience? A review and concept analysis. *Rev Clin Gerontol*. 2011; 21(2):152-69. <https://pdfs.semanticscholar.org/5201/83eefb37770d6249ca717e53d90b6e0059b0.pdf>
12. Stainton A, Chisholm K, Kaiser N, et al. Resilience as a multimodal dynamic process. *Early Interv Psychiatry*. 2019;13(4):725-32. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30126047/>
13. Snyder CR. Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychol Inq*. 2002; 13(4):249-75. <https://psycnet.apa.org/record/2003-01827-001>
14. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE: The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care*. 2000;23:943-50. <https://care.diabetesjournals.org/content/diacare/23/7/943.full.pdf>
15. Mogre V, Johnson NA, Tzelepis F, Paul C. Barriers to diabetic self-care: A qualitative study of patients' and healthcare providers' perspectives. *J Clin Nurs*. 2019;28(11-12):2296-308. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30791160/>
16. Keyvan S, Khezri Moghadam N, Rajab A. The effectiveness of Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) on Self-care activities and life expectancy in patients with type 2 diabetes with one year follow up. *RJMS*. 2019;26(8):1-13. http://shafaorthoj.com/journalsys/rjms/browse.php?a_id=5592&sid=1&slc_lang=fa&ftxt=0
17. Yousefian Z, Amin Nasab A, Sehatti M. Effectiveness of positivist psychotherapy on resilience, mental happiness and hardiness in the mothers suffering from type 2 diabetes. *FPCEJ*. 2019;5(1):1-16. (Persian). <http://fpcej.ir/article-1-223-fa.html>
18. Karimi S, Delavar A, Khaemi F, Dortaj F. The effect of hope therapy on self-care in patients with type II diabetes. *J Community Health*. 13(2):33-44. (Persian). http://chj.rums.ac.ir/article_95477.html
19. Imeni F, Sadeghi M, Gholam Rezaei S. The effect of group spirituality therapy on self-care and its dimensions in women with type 2 diabetes. *DMed*. 2018; 25(1):79-87. (Persian). http://daneshvarmed.shahed.ac.ir/browse.php?a_id=1926&sid=1&slc_lang=en
20. Mir Mahdi SR, Rezaali M. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on resilience, emotion regulation and life expectancy among women with diabetes 2. *Health Psychology*. 2019; 7(4):167-83. (Persian). http://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_5595_en.html



21. Nikoogoftar M, Ghasemi-Jobneh R. Effectiveness of mindfulness training on self-care in women with type II diabetes. J Res Behav Sci 2016; 14(4): 428-33. (Persian). https://rbs.mui.ac.ir/browse.php?a_id=496&sid=1&slc_lang=en
22. Wells A, Capobianco L. Metacognition. In Abramowitz JS, Blakey SM (Eds.), Clinical handbook of fear and anxiety: Maintenance processes and treatment mechanisms. Washington DC: American Psychological Association; 2020.
23. Nordahl H, Wells A. Metacognitive therapy for social anxiety disorder: An A-B replication series across social anxiety subtypes. Front Psychol. 2018;9:540. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5906593/>
24. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: The Guilford Press; 2011.
25. Shareh H, Asgharkhah E. The effectiveness of group metacognitive therapy on metacognitive components and resiliency of women with multiple sclerosis. IJPCP. 2016; 22(1):3-16. (Persian). http://ijpcp.iums.ac.ir/browse.php?a_id=2572&sid=1&slc_lang=en
26. Asaszadeh I, Mahmoudalilou M. The study of the effectiveness of metacognitive therapy on depressive symptoms and life expectancy of women with breast cancer. Clinical Psychology Studies. 2018; 8(29):69-95. (Persian). http://jcps.atu.ac.ir/article_8315.html
27. Piltan M. The effectiveness of metacognitive therapy on reducing depression, rumination and increasing resilience in women with type 2 diabetes. (Thesis for the degree of MSc in Clinical Psychology), Allameh Tabataba'i University; 2013. (Persian). <https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/78706890b76613e04184421c8f41de27>
28. Ashoori J. The effects of meta-cognitive therapy on generalized anxiety disorder and depression among patients with type II diabetes. J Diabetes Nurs. 2015;3(2):19-29. (Persian). https://jdn.zbmu.ac.ir/browse.php?a_id=114&sid=1&slc_lang=en
29. Sheikh S, Malihi Alzackerini S, Mohammadi shirmahaleh F, Zam F, Baseri A. Effect of dialectical behavior and metacognitive therapies on depression and fasting blood sugar in patients with type II diabetes. J Diabetes Nurs. 2020; 8 (3):1175-1187. (Persian). <https://jdn.zbmu.ac.ir/article-1-420-en.html>
30. Bayegan K, Sotodeh Asl N, Karami A, Asadzadeh Dahraei H. Comparison of the effectiveness of metacognitive therapy and behavioral activation on depression in elderly with type 2 diabetes. Avicenna J Neuro Psycho Physiology. 2020;7(1):9-14. <http://ajnpp.umsha.ac.ir/article-1-305-en.html>
31. Vos J, Craig M, Cooper M. Existential therapies: a meta-analysis of their effects on psychological outcomes. J Consult Clin Psychol. 2015;83(1):115-28. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25045907/>
32. Prasko J, Mainerova B, Jelenova D, Kamaradova D, Sigmundova Z. Existential perspectives and cognitive behavioral therapy. Act Nerv Super Rediviva 2012;54(1):3-14. https://scholar.google.com/scholar?q=Existential+perspectives+and+cognitive+behavioral+therapy&hl=fa&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar
33. Rezaei Z, Jalili Nikoo S, Nejati Nezhad N, Ghasemi Jobaneh R, Nooryan K. Effectiveness of existential psychotherapy in increasing the resiliency of infertile women. Armaghane Danesh. 2015; 20(5):453-59. <http://armaghanj.yums.ac.ir/article-1-42-en.html>
34. Borjali M, Abbasi M, Asadian A, Ayadi N. Effectiveness of group logo therapy on the anxiety of death and life expectancy of patients with stomach cancer. Jundishapur Sci Med J 2017;15(6):635-46. (Persian). http://jsmj.ajums.ac.ir/article_45373.html
35. Ghomi M, Khodadadi Sanghadeh J. The effectiveness of existential group psychotherapy on increasing hopes of mothers of children with cancer. Quarterly Journal of Social Work. 2016; 5(3):14-22. (Persian). <http://socialworkmag.ir/article-1-161-en.html>



36. Ghara Zibaei F, Aliakbari Dehkordi M, Alipour A, Mohtashami T. Efficacy of group logo therapy in the perceived stress and life expectancy in MS patients. RPH. 2013; 6 (4):12-20. (Persian). <https://rph.khu.ac.ir/article-1-1531-en.html>
37. Gholami M, Pasha G, Sodani M. The effectiveness of logotherapy by group method on increase of life expectancy and health of female teenager major thalassemia patients. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2009; 42:25-45. (Persian). http://jsr-p.khuisf.ac.ir/article_533771.html
38. Mohabbat Bahar S, Golzari M, Akbari M E, Moradi-Joo M. Effectiveness of group logo therapy on decreasing hopelessness in women with breast cancer. IJBD. 2015; 8(1):49-58. http://ijbd.ir/browse.php?a_id=415&sid=1&slc_lang=en
39. Shabani J, Mahmoudi Tabar R. The effectiveness of logotherapy on well-being and life expectancy in patients with type 2 diabetes in Salas city. Journal of Research in Psychology and Education. 3(29):65-88. (Persian). <https://www.noormags.ir/view/en/articlepage/1361253/>
40. Amanzad A, Hoseinian S. The effect of group counselling base on existential approach on life attitude and spiritual well being of patients with type 2 diabetes. Journal of Woman and Family Studies. 2018;6(1):49-67. (Persian). https://jwfs.alzahra.ac.ir/article_2967.html?lang=en
41. Nazari AM, Yarahmadi H, Zaharakar K. The effectiveness of existential group psychotherapy on marital satisfaction in women with type 2 diabetes. KNH. 2014;9(2):14-20. (Persian). <http://knh.shmu.ac.ir/index.php/site/article/view/347>
42. Ghasemi N, Ghamari M, Pouyamanesh J, FathiAghdam G. The effectiveness of group meaning therapy and meta-cognitive therapy on resilience and student advancement motivation. Stud Med Sci. 2019;30(6):428-442. (Persian). http://umj.umsu.ac.ir/browse.php?a_id=4792&sid=1&slc_lang=en
43. Ramesh S, Alizadeh Moghdam A, Safari AR, Feizi M. The relationship between anxiety, depression and stress with the severity of diabetes: The role of the mediator of quality of life. IJDLD. 2019;18(2):80-89. (Persian). https://ijld.tums.ac.ir/browse.php?a_id=5748&sid=1&slc_lang=en
44. Sun N, Lou P, Shang Y, Zhang P, Wang J, Chang G, Shi C. Prevalence and determinants of depressive and anxiety symptoms in adults with type 2 diabetes in China: A cross-sectional study. BMJ Open. 2016;6(8):e012540. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27531739/>
45. Houser R. Counseling and educational research: Evaluation and application. USA: SAGE; 2009.
46. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depress Anxiety. 2003;18(2):76-82. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12964174/>
47. Lakzaei H, Mansuri A, Bamari F, Khammari M, Nuri sanchooli H. An investigation of the relationship between perceived social support and resilience in diabetic patients referring to Ali Asghar Clinic of Zahedan. J Diabetes Nurs. 2015; 2(4):16-24. (Persian). https://jdn.zbmu.ac.ir/browse.php?a_id=97&sid=1&slc_lang=en
48. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, et al. The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. J Pers Soc Psychol. 1991;60(4):570-85. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2037968/>
49. Sadri Damirchi E, Samadifard H. Predicting of life expectancy in diabetic patients based on self-efficacy, self-esteem and perceived social support. Horizon Med Sci. 2019;25(2):85-92. (Persian). http://hms.gmu.ac.ir/browse.php?a_id=2957&sid=1&slc_lang=en
50. Baji Z, Zamani Alavijeh F, Noughjah S, Haghighizadeh MH. Self-care behaviors and related factors in women with type 2 diabetes. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2015;16(6):393-401. (Persian). http://ijem.sbm.ac.ir/browse.php?a_id=1772&sid=1&slc_lang=en



51. Papageorgiou C, Wells A. Depressive rumination: Nature, theory and treatment. England: John Wiley & Sons Inc; 2004.
52. Yalom ID, Vinogradov S. Bereavement groups: techniques and themes. Int J Group Psychother. 1988;38(4):419-57. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3182142/>



Comparison of effectiveness of metacognitive and existential therapies on resilience, life expectancy, and self-care behaviors in women with type II diabetes

Akram Soleymaninia¹, Ahmad Mansouri^{1*}, Zahra Bagherzadeh Golmakani¹, Ahmad Zendehtdel²

1- Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

2- Department of Mathematics, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

Original Article

Received: 10 Sep 2020

Accepted: 2 Jan 2021

*Corresponding Author:

Ahmad Mansouri,
Department of Psychology,
Neyshabur Branch, Islamic
Azad University, Neyshabur,
Iran.

TEL: +989153331799

Email:

mansoury_am@yahoo.com

ABSTRACT

Introduction

Type 2 diabetes is a chronic and debilitating disease. Although the effectiveness of metacognitive and existential therapies on the psychological factors associated with this disease has been investigated, little attention has been paid to comparing the two methods. Therefore, the aim of this study was to the comparison of effectiveness of metacognitive and existential therapies on resilience, life expectancy, and self-care behaviors in women with type II diabetes.

Materials and Methods

The research method was semi-experimental with pre-test and post-test design with the control group. The statistical population included all women with type II diabetes who were referred to Fazl Ibn Shazan Diabetes Center in Neyshabur in 2019 year. Sixty people were selected by convenience sampling method and randomly assigned to experimental and control groups. Participants answered the Connor and Davidson Resilience Scale (CD-RISC), Snyder Hope Scale (SHS), and The Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA). Multivariate analysis of covariance was used to analyze the data.

Results

The results showed that there is no difference between metacognitive and existential therapies in increasing the resilience and life expectancy of patients with type II diabetes ($p>0.05$), but existential therapy is more effective in increasing self-care behaviors ($p<0.01$).

Conclusion

Metacognitive and existential therapies play an important role in increasing the resilience and life expectancy and even self-care behaviors of patients with type II diabetes, so these methods can be used alongside medical therapies.

Keywords

Existential therapy, life expectancy, metacognitive therapy, resilience, self-care

► Please cite this article as: Soleymaninia A, Mansouri A, Bagherzadeh Golmakani Z, Zendehtdel A. Comparison of effectiveness of metacognitive and existential therapies on resilience, life expectancy and self-care behaviors in women with type II diabetes. J Neyshabur Univ Med Sci 2021;9(3):42-56.