MEJDS. 2021; 11:63.

Published online 2021 Aug. **Original Article**

Comparing the Effects of Hope Therapy and Spiritual Therapy on Self-Care, Depression, and HbA1c in Middle-Aged Women with Type 2 Diabetes

Peyravi M[1], *Tahmouresi N[2], Nasli Esfahani E[3], Moghimbeigi A[4]

Author Address
1. Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran;
2. Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran;
3. Diabetes Research Center, Endocrinology and Metabolism Clinical Sciences Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran;
4. Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.
***Corresponding author's email**: niloufar.tahmouresi@kiau.ac.ir

Received: 2020 November 17; **Accepted:** 2021 April 11

Abstract

Background & Objectives: A highly prevalent problem in patients with type 2 diabetes is depression; it can directly affect patients' biologically derived substances, e.g., fasting blood glucose and HbA1c. Depressive symptoms significantly impact self–care and wellbeing. Multiple demographic, socioeconomic, and social support factors can facilitate self–care activities in diabetic patients; however, a health psychologist's role in promoting self–care is vital. Psychological interventions, such as Hope Therapy (HT) and Spiritual Therapy (ST) might be effective in managing biological variables, depression, and quality of life in patients with diabetes. Thus, this study aimed to compare the effects of HT and ST on depression, self–care, and HbA1c in patients with type 2 diabetes.

Methods: This was a quasi–experimental study with pretest–posttest–follow–up and a control group design. The statistical population included all middle–aged women with type 2 diabetes referring to Diabetes Research Center, Endocrinology and Metabolism Clinical Sciences Institute in Tehran City, Iran, in 2020. In total, 45 eligible volunteers were selected by the convenience sampling method. They completed Beck Depression Inventory (BDI; Beck et al., 1961) before and after the interventions. Individuals with a depression score of >11 were randomly assigned into 3 research groups (n=15/group). The inclusion criteria of the study included having a minimum literacy to complete the questionnaires, providing an informed consent form, willingness to participate in the study, obtaining a minimum depression score of 11, and being in the 45–60 years age range. The exclusion criteria of the study included receiving psychological therapies during the study, severe physical illnesses due to diabetes, such as kidney failure, vision, etc., consuming psychiatric drugs during the study, increasing the dose of related drugs due to diabetes, and the patient's unwillingness to continue treatment. The experimental groups received HT according to Snyder's treatment protocol (2002) in 8 weekly sessions and ST according to Richards et al.'s treatment protocol (2007) in 8 weekly sessions; however, the controls received no intervention. The necessary data were collected using the BDI, the Self–Care Questionnaire (Tobert et al., 2000), and the HbA1c blood test. Pretest and posttest steps were performed in all research groups. A month after the posttest, all measures were repeated (follow–up). Descriptive statistics, such as mean and SD were used to describe the obtained data. The collected data were analyzed using repeated–measures Analysis of Variance (ANOVA) and Bonferroni posthoc test in SPSS at the significance level of 0.05.

Results: The present study data indicated that HT and ST reduced depression (p<0.001) and HbA1c (p=0.024), and enhanced self–care (p<0.001). The mean score of depression (p<0.001), HbA1c (p<0.001), and self–care (p<0.001) significantly reduced over time. The significant time*groups interaction effect was observed for depression (p<0.001), HbA1c (p<0.001), and self–care (p<0.001) in the experimental groups, compared to the controls. Bonferroni posthoc test data revealed a significant difference between the intervention groups and the controls concerning depression (p<0.001 & p<0.001, respectively), HbA1c (p=0.046 & p=0.034, respectively), and self–care (p<0.001 & p<0.001, respectively); however, there was a significant difference between HT and ST in depression (p=0.038). There was a significant difference between pretest and posttest phases and the follow–up phase respecting depression (p<0.001), HbA1c (p<0.001), and self–care (p<0.001); however, there was no significant difference between posttest and follow–up phases for depression (p=1.000), HbA1c (p=0.974), and self–care (p=0.143), highlighting the positive and persisting (until follow–up) effects of HT and ST.

Conclusion: Based on the current research findings, HT and ST reduced depression and HbA1c, and increased self–care among the explored middle–aged women with type 2 diabetes; however, there was a significant difference between the effects of HT and ST concerning depression where ST was more effective than HT.

Keywords: Hope therapy, Spiritual Therapy, Self–Care, Depression, HbA1c, Type 2 diabetes.

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.221.0]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.210]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۶۳.

انتشار برخط مرداد ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی امیددرمانی و معنویت‌درمانی بر رفتار خودمراقبتی، افسردگی و HbA1c در زنان میانسال مبتلا به دیابت نوع دو

مریم پیروی[۱]، *نیلوفر طهمورسی[۲]، انسیه نسلی اصفهانی[۳]، عباس مقیم بیگی[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران؛

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران؛

۳. مرکز تحقیقات دیابت، پژوهشگاه علوم‌پزشکی متابولیسم و غدد، دانشگاه علوم‌پزشکی تهران، تهران، ایران؛

۴. استاد گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکدهٔ بهداشت، دانشگاه علوم‌پزشکی البرز، کرج، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** niloufar.tahmouresi@kiau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۷ آبان ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۲ فروردین ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: مداخلات روان‌شناختی در مدیریت متغیرهای بیولوژیک، افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت مؤثر هستند؛ بنابراین هدف از انجام این پژوهش، مقایسهٔ اثربخشی امیددرمانی و معنویت‌درمانی بر رفتار خودمراقبتی، افسردگی و HbA1c در زنان میانسال مبتلا به دیابت نوع دو بود.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری تمامی بیماران زن مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات دیابت، متابولیسم و غدد تهران در سال ۱۳۹۹ بودند. به‌روش نمونه‌گیری دردسترس ۴۵ نفر از داوطلبان واجد شرایط وارد پژوهش شدند. سپس به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی امیددرمانی و معنویت‌درمانی و یک گروه گواه قرار گرفتند (هر گروه پانزده نفر). صرفاً برای گروه‌های آزمایش امیددرمانی و معنویت‌درمانی هرکدام در هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای برگزار شد. برای جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامهٔ افسردگی بک (بک و همکاران، ۱۹۶۱)، پرسشنامهٔ خودمراقبتی (توبرت و همکاران، ۲۰۰۰) و آزمایش HbA1c خون به‌کار رفت. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۰ در سطح معناداری ۰/۰۵ تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها: امیددرمانی و معنویت‌درمانی بر افسردگی ($p<۰/۰۰۱$) و HbA1c ($p=۰/۰۲۴$) اثر کاهنده و بر خودمراقبتی ($p<۰/۰۰۱$) اثر افزاینده داشتند. تفاوت معنادار بین دو نوع درمان صرفاً برای متغیر افسردگی وجود داشت ($p=۰/۰۳۸$). بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری برای سه متغیر مذکور تفاوت معنادار وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری برای این متغیرها تفاوت معنادار مشاهده نشد که بیانگر ماندگاری تأثیر مثبت امیددرمانی و معنویت‌درمانی در مرحلهٔ پیگیری بود.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش، امیددرمانی و معنویت‌درمانی بر کاهش افسردگی و HbA1c و افزایش خودمراقبتی در بین زنان میانسال مبتلا به دیابت نوع دو تأثیر دارند، اما برای متغیر افسردگی، امیددرمانی درمقایسه با معنویت‌درمانی اثربخش‌تر است.

کلیدواژه‌ها: امیددرمانی، معنویت‌درمانی، خودمراقبتی، افسردگی، HbA1c، دیابت نوع دو.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.221.0]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.210]

۱ مقدمه

دیابت[1] یک اختلال در متابولیسم (سوخت‌وساز)[2] بدن است که عواملی همچون عوامل ژنتیکی و محیطی در بروز آن نقش دارند (۱). بیماری دیابت از اختلال‌هایی به شمار می‌رود که جنبه‌های روان‌شناختی در پیدایش و تکوین آن‌ها نقش اساسی دارند. عوامل روان‌شناختی چندی در بروز بیماری دیابت شناسایی شده‌اند و در این میان بر هیجان‌های منفی تأکید شده است (۲). بین بیماری دیابت و افسردگی[3] ارتباط مستقیم وجود دارد و برخی علائم ناشی از دیابت نظیر خستگی باعث می‌شود بیماران دیابتی نتوانند رفتار فکری خود را به‌طور منسجم کنترل کنند که پیامدی جز کاهش خودمراقبتی[4] و افزایش افسردگی نخواهد داشت (۳). امروزه هدف اصلی درمان بیماران مبتلا به دیابت، به‌تثبیت‌رساندن هموگلوبین ای‌وان‌سی[5] کمتر از ۷درصد است (۴). شیوع[6] دیابت رو به فزونی است و درمان‌های زیستی و روان‌شناختی متفاوتی برای کنترل و کاهش عوارض آن وجود دارد؛ بنابراین می‌توان باتوجه به فشار روانی حاصل از این بیماری که متوجه بیماران است، به‌کاربردن مداخلات روانی‌اجتماعی[7] ضروری و به‌صرفه‌تر را مدنظر قرار داد (۵). شمس و همکاران نشان دادند، استفاده از درمان‌های روان‌شناختی در کنار درمان‌های دارویی می‌تواند با کاهش افسردگی و استرس در بیماران مبتلا به دیابت یا سایر بیماری‌های مزمن به افزایش خودمراقبتی منجر شود (۶). افسردگی علاوه‌بر ایجاد مشکلات جسمانی و تشدید برخی از علائم مانند درد، بر توانایی و عملکرد فرد تأثیر می‌گذارد و آن را کاهش می‌دهد. همچنین قدرت تصمیم‌گیری را سلب می‌کند و توان مراقبت از خود را کم می‌کند؛ درنتیجه استقلال فرد از بین می‌رود و وابستگی، ناتوانی و فقدان اعتمادبه‌نفس به وجود می‌آورد (۲).

کریمی و همکاران در پیشینهٔ مطالعاتی خود اذعان داشتند که یکی از درمان‌های روان‌شناختی موج مثبت به‌منظور افزایش خودمراقبتی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی، امیددرمانی است (۷). آتش‌زاده شوریده و همکاران گزارش کردند، سطوح بیشتر خودمراقبتی با بهبود سبک زندگی در زمان‌های کنترل HbA1c رابطهٔ معناداری دارد (۸). رحیمی و همکاران نیز به بررسی فاکتورهای مرتبط با HbA1c کمتر در بیماران دیابتی پرداختند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که درمان روان‌شناختی نظیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد[8] موجب کاهش نشانگرهای زیستی (قندخون ناشتا[9]، هموگلوبین ای‌وان‌سی، قند خون دوساعته[10]) در بیماران دیابتی می‌شود. آنان در پیشینهٔ مطالعاتی خود بیان کردند، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با مدنظرقراردادن توجه‌آگاهی، پذیرش، تعهد و تغییر رفتار سبب کاهش نشانگرهای زیستی در بیماران دیابتی می‌شود. آن‌ها پس از دستیابی به این مهم از نظر ذهنی به این پذیرش رسیدند که بیماری مزمن کنترل‌شدنی است و آنان را از زندگی ساقط نمی‌کند؛ بنابراین درنهایت توانستند به سبک درست زندگی و فاکتورهای خودمراقبتی متوسط دست یابند (۹)؛ بر این اساس در پژوهش حاضر تلاش بر آن است که فاکتور HbA1c نیز به‌عنوان متغیر بیولوژیک بررسی شود و تأثیر درمان‌های روان‌شناختی مذکور بر آن سنجیده شود. امروزه اعتقاد بر آن است که برای درمان و کنترل بیماری دیابت، رویکردی زیستی–روانی–اجتماعی[11] لازم است؛ به‌طوری‌که تغییرات کیفیت زندگی[12] این بیماران و پایبندی به درمان می‌تواند شیوع و کنترل دیابت را تا ۸۵درصد کاهش دهد (۴). حال آنکه براساس نظریهٔ روان‌شناسی مثبت[13]، یکی از درمان‌های مؤثر بر افزایش خودمراقبتی، معنویت‌درمانی[14] است که در بسیاری از متون و نظریات دیگر نیز به آن اشاره شده است. پشتیبانی معنوی از بیمارانی که رشته‌های امیدشان از درمان عادی قطع شده است، می‌تواند امید به نجات را در آنان زنده کند (۱۰). امیددرمانی[15] از مؤلفه‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا است و از رویکردهای یکپارچه‌نگر معنویت‌درمانی مشتق می‌شود. امیددرمانی به درمانجویان کمک می‌کند اهداف را فرمول‌بندی کنند و گذرگاه‌های متعددی برای رسیدن به آن‌ها بسازند؛ همچنین موانع را به‌صورت چالش‌هایی برای غلبه از نو چارچوب‌بندی کنند (۵).

باتوجه به اظهارات مذکور، می‌توان با امیدوارکردن بیمار و بهره‌گیری از متون معنویت و امیددرمانی به وی توان بخشید، او را از افسردگی، ترس و نگرانی از آینده نجات داد، روحیه‌اش را تقویت کرد و بهبودش را سرعت داد (۹)؛ البته همهٔ اطرافیان باید فضای امیدبخشی در پیرامون او به‌وجود آورند؛ ولی روان‌شناس سلامت[16] می‌تواند در این امر مؤثر باشد. در ایران پژوهشی دیده نشد که اثربخشی امیددرمانی و معنویت‌درمانی را بر بیماران دیابتی بررسی کرده باشد؛ به‌طور کلی بررسی‌های انجام‌شده، شیوع زیاد افسردگی و ناراحتی‌های هیجانی ناشی‌از بیماری دیابت و نیز تأثیر منفی آن بر کنترل قندخون در این بیماران را بیان کردند (۱۱)؛ همچنین شیوه‌های مختلفی از مداخله‌های روان‌شناختی بررسی شده است (۳).

دیابت به‌عنوان بیماری پیوسته تا پایان عمر و وضعیتی همیشگی است و در آن کنترل قندخون تقریباً در اختیار فردی است که با این وضعیت زندگی می‌کند (۱۲). این بیماری عموماً پیامدهای ناخوشایند فراوانی برای بیماران به‌همراه دارد و علاوه‌بر مشکلات جسمانی ذکرشده (۱۳) می‌تواند بر سلامت روانی و احساس شادبودن، وضعیت فیزیکی، وضعیت روحی، ارتباطات بین‌فردی و روابط خانوادگی و اجتماعی افراد مبتلا تأثیرات منفی داشته باشد (۱۴). یکی از مشکلات و فاکتورهای روان‌شناختی حائز اهمیت در دیابت افسردگی است که از مشکلات قابل تعمق در بیماران مبتلا به دیابت محسوب می‌شود (۱۵). درمان‌های روان‌شناسانه در کنار درمان‌های دارویی می‌تواند با کاهش افسردگی و سایر فاکتورهای روانی در بیماران مبتلا به دیابت یا سایر بیماری‌های مزمن به افزایش خودمراقبتی منجر شود و در برخی

---

1. Diabetes
2. Metabolic
3. Depression
4. Self-care
5. HbA1C (Hemoglobin Glycoside)
6. Spread
7. Psycho-social interventions
8. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
9. FBS
10. 2HPP
11. Bio-psycho-social
12. Quality of life
13. Positive psychology
14. Spiritual Therapy
15. Hope Therapy
16. Health psychology

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.221.0]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.210]

مواقع در کنترل نشانه‌های جسمانی نیز مؤثر باشد (۴).
پژوهش بوی نشان داد، پذیرش دیابت و شناخت‌های مرتبط با آن به‌طور معناداری با مقادیر HbA1c کمتر مرتبط است و هم‌زمان افسردگی بیماران نیز کاهش می‌یابد؛ همچنین حاکی‌از تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم روان‌شناختی مانند استرس، اضطراب، افسردگی، احساس گناه و افزایش خودمراقبتی، بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی سلامت بیماران دیابتی است (۱۶)؛ بنابراین باتوجه به آمار زیاد افراد درگیر در بیماری دیابت و نیز اهمیت شناسایی درمان‌های روان‌شناختی که بتوانند درخصوص کنترل اثرات این بیماری مؤثر باشند و نتایج درمان‌های جسمی را تسریع کنند (۷)، انجام مطالعاتی نظیر پژوهش حاضر ضروری به‌نظر می‌رسد. به‌طور خلاصه می‌توان گفت دیابت، وضعیتی مزمن است که سازگاری با آن، تعدیل نشانگرهای زیستی و کنترل و مدیریت رژیم غذایی و دارویی در آن نقش بسیار مهمی در بقای فرد و افزایش خودمراقبتی بیمار دارد (۱۷). به همین دلیل لازم است نقش درمان‌های مختلف در بهبود شاخص‌های روانی و زیستی بیماری بررسی و مقایسه شود تا بتوان به‌واسطهٔ انتخاب روش‌های درمانی مناسب از اتلاف زمان و تحمیل هزینه‌های اضافی به بیماران و سیستم سلامت کشور جلوگیری کرد.
پژوهشگران حوزهٔ دیابت نظیر ویناند و همکاران (۱۱) و چویی و هاستینگ (۱۲) در مطالعات خود به‌دنبال پاسخی برای این سؤال بودند که کدام دسته از مداخلات روان‌شناختی مثبت‌گرا بر بهبود متغیرهای مرتبط با بیماران دیابتی تأثیر مثبت دارد تا بتوان به‌سبب آن افزایش خودمراقبتی، کاهش افسردگی یا اضطراب ناشی‌از بیماری مزمن یا تثبیت قندخون و در بهترین شرایط کاهش قند خون[1] را در این بیماران شاهد بود؛ هرچند که آنان اظهار داشتند، تأثیر این مداخلات با گذشت زمان مشهودترخواهد بود.
مهم‌ترین دلیل انتخاب این موضوع برای پژوهش حاضر آن بود که دیابت به‌منزلهٔ بیماری مزمن از نظر مدیریت بیماری و لزوم خودمدیریتی با عنوان بیماری پیچیده‌تر شناخته شده است. در این راستا پژوهش مک‌کوی و تیک نشان داد، استفاده از درمان‌های روان‌شناختی در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مؤثر است و می‌توان از این پس از روش درمانی مذکور برای تحریک بیماران به لزوم خودمراقبتی بهتر سود جست (۱۸). به‌طور کلی بررسی‌های انجام‌شده مشخص کردند که افسردگی یکی از فاکتورهای روان‌شناختی مرتبط با دیابت است (۱۴)؛ همچنین درمان‌های روان‌شناختی مرتبط با آن در کنار دارودرمانی می‌توانند به فرد کمک کنند تا با این بیماری روبه‌رو شود و آن را بپذیرد؛ سپس با خودمراقبتی درجهت کنترل نشانه‌های جسمانی و روانی ناشی‌از دیابت، سال‌های عمر خود را با دغدغهٔ کمتری درمقایسه با قبل سپری کند (۶)؛ درنتیجه براساس مطالعات پیشینهٔ پژوهش نظیر کریمی و همکاران (۱۷) و شمس و همکاران (۶) دربارهٔ دیابت و اثربخشی طیف درمان‌های روان‌شناسی بر مشکلات روان‌شناختی نظیر وسواس و اجبار، افسردگی، احساس غم و گناه، فقدان حس شوخ‌طبعی و سایر متغیرهای این حوزه، این پژوهش باتوجه به دیگر متغیرهای همبود با پژوهش‌های بیان‌شده و لزوم درک نیاز افراد مبتلا به دیابت به خدمات درمانی ویژه انجام شد. هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسهٔ اثربخشی امیددرمانی و معنویت‌درمانی بر افسردگی، خودمراقبتی و HbA1c در زنان میانسال مبتلا به دیابت نوع دو بود.

۲ روش‌بررسی

این پژوهش در زمرهٔ تحقیقات نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری، با دو گروه آزمایش امیددرمانی و معنویت‌درمانی و یک گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی زنان میانسال مبتلا به دیابت نوع دو تشکیل دادند. با توجه به اینکه ون وورهیس و مورگان حداقل حجم نمونه را برای پژوهش‌های آزمایشی ۷ نفر در هر گروه پیشنهاد کرده‌اند (۱۹)، در این پژوهش ۴۵ نفر از افراد واجد شرایط و داوطلب، به‌شیوه نمونه‌گیری دردسترس ارزیابی شدند و ابتدا و پیش از ورود به آزمایش پرسشنامهٔ افسردگی بک (۲۰) را پر کردند. افراد دارای نمرهٔ افسردگی بیش از ۱۱، به‌صورت تصادفی وارد پژوهش شدند و در سه گروه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. گروه‌های آزمایشی امیددرمانی و معنویت‌درمانی هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای مداخله دریافت کردند؛ درحالی‌که برای گروه گواه هیچ مداخله‌ای ارائه نشد. پس از پایان پژوهش در صورت تمایل افراد گروه گواه درمان مؤثر برای آن‌ها انجام پذیرفت. در ابتدا و پایان جلسات از گروه‌ها پیش‌آزمون و پس‌آزمون گرفته شد. درنهایت یک ماه بعد از اجرای پس‌آزمون، به‌منظور انجام مرحلهٔ پیگیری، بار دیگر همه اقدامات مذکور اجرا شد. جمع‌آوری داده‌ها به‌شکل تصادفی و با اطمینان از واجد شرایط بودن و رضایت بیماران و به‌شکل حضوری بود. پیش از ارائهٔ مداخله و پس از آن پرسشنامه‌ها توسط شخص بیمار و در صورت نیاز با راهنمایی درمانگر تکمیل شد.
معیارهای ورود زنان میانسال مبتلا به دیابت نوع دو به پژوهش شامل داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن برای تکمیل پرسشنامه‌ها، پرکردن فرم رضایت و تمایل آگاهانه برای شرکت در پژوهش، دارابودن حداقل نمرهٔ افسردگی ۱۱ و قرارگیری در دامنهٔ سنی ۴۵تا۶۰ سال بود. معیارهای خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش نیز شامل دریافت درمان‌های روان‌شناختی طی پژوهش، بیماری‌های جسمی شدید ناشی‌از دیابت مانند نارسایی کلیوی، بینایی و... در طی پژوهش، مصرف هرگونه داروی آرام‌بخش یا داروهای اعصاب و روان در طی پژوهش، افزایش در دُز داروهای مربوط به دیابت و تمایل‌نداشتن بیمار برای ادامهٔ درمان بود. در مطالعهٔ حاضر، ملاحظات اخلاقی همچون پرکردن فرم رضایت‌نامهٔ کتبی قبل از ورود به پژوهش، آگاهی از موضوع و روش اجرای پژوهش، اطمینان از محرمانه‌ماندن اطلاعات و نبود خسارت یا هر نوع آسیب، توضیح‌دادن دربارهٔ چارچوب پژوهش، هماهنگی با موازین دینی و فرهنگی، آزادی در خروج از پژوهش رعایت شد و در انتها قدردانی از شرکت‌کنندگان انجام گرفت.
ابزارهای زیر برای گردآوری داده‌ها به‌کار رفت.
ـ پرسشنامهٔ افسردگی بک[2]: پرسشنامهٔ افسردگی بک توسط بک و همکاران در سال ۱۹۶۱ ساخته شد (۲۰). این پرسشنامه شامل ۲۱

[1]. Hypoglycemia
[2]. Beck Depression Inventory

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.221.0]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.210]

گویه است که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود، شدت نشانه‌ها را براساس گروه جملات روی یک مقیاس از صفرتا۳ درجه‌بندی کنند؛ به این صورت که گزینهٔ یک نمرهٔ صفر، گزینهٔ دو نمرهٔ ۱، گزینهٔ سه نمرهٔ ۲ و گزینهٔ چهار نمرهٔ ۳ دریافت می‌کند و نمرهٔ بیشتر در این ابزار حاکی از افسردگی بیشتر است (۲۰). بک و همکاران برای این ابزار ضریب اِسپیرمن‌ـ براون را ۰/۹۳ و همبستگی این ابزار را با درجه‌بندی‌های بالینی برابر با ۰/۶۶ گزارش کردند (۲۰). طاهری تنجانی و همکاران برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۳ و همبستگی آن را با پرسشنامهٔ سلامت عمومی[1] (r=۰/۸) به‌عنوان شاخصی از روایی همگرا گزارش کردند (۲۱).

ـ پرسشنامهٔ خودمراقبتی[2]: پرسشنامهٔ خودمراقبتی توسط توبرت و همکاران در سال ۲۰۰۰ ساخته شد (۲۲). این پرسشنامه شامل ۱۵ گویه است که معیارهای خودمراقبتی بیماران را در طول هفت روز گذشته بررسی می‌کند؛ همچنین دربرگیرندهٔ جنبه‌های مختلف رژیم‌درمانی دیابت شامل رژیم غذایی عمومی و رژیم غذایی اختصاصی دیابت (پنج سؤال)، ورزش (دو سؤال)، آزمایش قندخون (دو سؤال)، تزریق انسولین یا قرص ضددیابت (یک سؤال)، مراقبت از پا (چهار سؤال) و سیگارکشیدن (یک سؤال) است. نحوهٔ امتیازدهی به گویه‌های این پرسشنامه به این صورت است که به فردی که در هفت روز گذشته در هیچ‌کدام از روزهای هفته، رفتارهای خودمراقبتی را انجام نداده است، نمرهٔ صفر و به فردی که در تمام هفت روز مراقبت‌ها را به صورت روزانه و کامل انجام داده است، نمرهٔ ۷۰ تعلق می‌گیرد. به سایر افراد نیز براساس تعداد روزهایی که اقدامات خودمراقبتی انجام داده‌اند، نمره‌ای بین ۱ تا ۷۰ تعلق می‌گیرد. درکل، درصورتی‌که نمرهٔ کسب‌شده بین صفرتا۲۳ باشد، وضعیت خودمراقبتی در حد نامطلوب، اگر بین ۲۴تا۴۷ باشد، نیمه‌مطلوب و اگر بین ۴۸تا۷۰ باشد، مطلوب در نظر گرفته می‌شود (۲۲). توبرت و همکاران پایایی پرسشنامهٔ مذکور را با آلفای کرونباخ ۰/۷۷ تأیید کردند. آن‌ها برای تعیین پایایی پرسشنامه از تعیین همسانی درونی و ضریب آلفای کرونباخ بهره جستند. بُعد مراقبت از خود شامل نُه سوال بود که آلفای کرونباخ آن را ۰/۷۴۶ گزارش کردند. بُعد دوم با عنوان مراقبت روزانه از خود شامل شش عبارت با آلفای ۰/۷۳۶، بُعد مراقبت از خود عاطفی دارای آلفای ۰/۸۴۵، بُعد مراقبت اجتماعی با آلفای ۰/۸۳۱ و بُعد مراقبت از خود به‌هنگام بیماری دارای آلفای ۰/۹۰۵ گزارش شد که درنهایت پرسشنامه به تأیید رسید (۲۲). در تحقیق کریمی و همکاران پایایی این ابزار ازطریق ضریب آلفای کرونباخ برای خودمراقبتی ۰/۸۶ و برای خرده‌مقیاس‌های آن به‌ترتیب برای رژیم غذایی ۰/۷۸، ورزش و فعالیت فیزیکی ۰/۹۰، کنترل قندخون ۰/۸۸، مصرف انسولین و قرص ضددیابت ۰/۸۵، مراقبت از پاها ۰/۹۵ و سیگارکشیدن ۰/۸۳ به‌دست آمد (۱۷).

جدول ۱. خلاصهٔ محتوای جلسات آموزشی

جلسه	امیددرمانی	معنویت‌درمانی
اول	آشنایی اعضای گروه با همدیگر، بیان قوانین و اجرای آزمون‌ها	آشنایی اعضای گروه با همدیگر، بیان قوانین و اجرای آزمون‌ها
دوم	بیان هدف‌مندبودن در زندگی، تبیین چگونگی رشد امید	توضیح نقش معنویت، آموزش راهکارهای آرام‌سازی براساس نیایش
سوم	یافتن امید در افراد، صحبت از احساس ناکامی و شرح داستان زندگی آن‌ها	آموزش تفکر مثبت، ایجاد بینش در حل تعارض‌های درونی و رسیدن به تعالی معنوی
چهارم	تعیین اهداف درمانی امیدبخش، تبیین داستان‌ها براساس مؤلفه‌های نظریهٔ امید	آموزش شیوه‌های مقابله با تنش‌های اجتماعی، شرح داستان زندگی خود و نبود خودمراقبتی‌ها
پنجم	آشنایی با افسردگی و آموزش انرژی‌های فیزیکی برای افزایش قدرت اراده، توجه به تغذیه، ورزش، صحبت دربارهٔ قدرت راهیایی و لزوم حفظ خودمراقبتی در دیابت	ایجاد بصیرت، دیدن موهبت‌های درونی و بیرونی، کشف مؤلفه‌های معنوی، بیان شرح افسردگی
ششم	صحبت دربارهٔ خودگویی‌های منفی، طرح اهداف مناسب برای رسیدن به طرحی خودمراقبتی ساده و امیدوارانه طبق نظریهٔ اسنایدر و ترغیب افراد به تعیین اهداف در حیطه‌های زندگی	کمک به رشد شادمانی، خودمراقبتی جسمانی، روانی و اجتماعی برای رسیدن به خود معنوی و کشف مؤلفه‌های آن و زنده نگه‌داشتن آن درجهت کاهش افسردگی
هفتم	حفظ و ابقای امید در زندگی، طرح راهکارهای مناسب برای رسیدن به اهداف، تمرین ذهنی برای رسیدن به اهداف	تمرین و گفت‌وگو در رابطه با چگونه شادزیستن و از زندگی لذت‌بردن در زمان حال، گفت‌وگو راجع به لحظات شاد معنوی و انجام آرام‌تنی
هشتم	مرور جلسات قبلی و جمع‌بندی، اجرای آزمون‌ها	مرور و جمع‌بندی مطالب جلسات گذشته با تأکید بر نگاه به داشته‌ها، شکرگزاری و تحمل مشکلات با توکل و امید به خداوند، اجرای آزمون‌ها

ـ آزمایش خون برای اندازه‌گیری HbA1c: آزمایش هموگلوبین ای‌وان‌سی، آزمایش خونی بسیار رایج است که برای غربالگری بیماران

[1]. General Health Questionnaire

[2]. Self-Care Questionnaire

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.221.0]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.210]

دیابتی کارایی دارد و نشان می‌دهد بیماران به چه میزان در کنترل بیماری دیابت موفق بوده‌اند. آزمایش هموگلوبین ای‌وان‌سی، بیانگر میزان گلوگز (قند) همراه با هموگلوبین موجود در خون و میانگین قند خون بیمار در دو تا سه ماه گذشته است؛ بنابراین در صورتی که میزان قند خون در دو یا سه ماه گذشته زیاد باشد، نتیجهٔ این آزمایش، کنترل نامناسب قندخون و درنتیجه امکان بروز عوارض بیشتر دیابت را نشان می‌دهد؛ به‌عنوان مثال مقدار هموگلوبین A1c بین ۶، ۷ و ۸درصد به‌ترتیب بیانگر قند خون حدود ۱۲۰ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر، ۱۵۰ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر و ۱۸۰ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر طی دو تا سه ماه گذشته است (۹). در این پژوهش از آزمایش خون دوره‌ای که توسط شخص بیمار و با هزینهٔ شخصی وی در مرکز تحقیقات دیابت، متابولیسم و غدد تهران صورت پذیرفت، اعداد زیرنظر فوق‌تخصص غدد این مرکز استخراج و برای استفاده در تحلیل آماری استفاده شد. برنامهٔ مداخلات درمانی ارائه‌شده در جدول ۱، توسط نویسندهٔ اول و به‌شکل گام‌به‌گام با نسخهٔ فارسی پروتکل امیددرمانی اسنایدر (۲۳) و معنویت‌درمانی ریچاردز و همکاران (۲۴) اجرا شد. هر دو مداخله طی هشت جلسه، هرکدام به‌مدت زمان هر جلسه ۹۰ دقیقه برگزار شد و به مدت دو ماه به طول انجامید.

به‌منظور توصیف داده‌ها، شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار به‌کار رفت. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. شایان ذکر است به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های آزمون استنباطی از آزمون لون (برای بررسی همگنی واریانس‌ها)، آزمون کولموگروف‌اسمیرنف (به‌منظور بررسی نرمال‌بودن توزیع داده‌ها)، آزمون ام‌باکس و آزمون کرویت موچلی استفاده شد. برای مقایسهٔ سه گروه از نظر سن و مدت زمان ابتلا به دیابت، آزمون تحلیل واریانس به‌کار رفت. تحلیل‌های آماری مذکور با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۰ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

تمامی افراد شرکت‌کننده در این پژوهش زن بودند. میانگین±انحراف معیار سن در گروه امیددرمانی ۹/۵۷±۵۳/۱۱ و در گروه معنویت‌درمانی ۹/۱۱±۵۲/۷۵ و در گروه گواه ۸/۳۲±۵۲/۴۰ سال بود. سه گروه تفاوت معناداری از نظر سن نداشتند (p=۰/۵۹۶). میانگین±انحراف معیار مدت زمان ابتلا به دیابت در گروه امیددرمانی ۱/۷±۸/۴۳ و در گروه معنویت‌درمانی ۱/۶±۸/۶۰ و در گروه گواه ۱/۴±۷/۹۶ سال بود. سه گروه از نظر مدت زمان ابتلا به دیابت تفاوت معناداری نداشتند (p=۰/۶۳۴). در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای مطالعه‌شده مشاهده می‌شود.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های افسردگی، خودمراقبتی و HbA1c به‌تفکیک مرحلهٔ سنجش در گروه‌ها

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	معنویت‌درمانی	۲۴/۳۳	۲/۱۹	۱۷/۳۳	۱/۶۳	۱۷/۲۶	۱/۶۲
	امیددرمانی	۲۳/۹۳	۲/۴۰	۱۵/۱۳	۱/۵۵	۱۵/۰۰	۱/۴۶
	گواه	۲۴/۲۰	۱/۶۵	۲۲/۳۳	۳/۱۹	۲۲/۴۰	۲/۷۹
خودمراقبتی	معنویت‌درمانی	۲۴/۲۰	۲/۵۶	۲۹/۶۶	۲/۶۶	۳۰/۹۳	۳/۲۱
	امیددرمانی	۲۴/۴۶	۲/۰۹	۳۰/۲۶	۲/۴۳	۳۱/۷۳	۳/۴۵
	گواه	۲۳/۸۰	۲/۴۴	۲۴/۰۶	۲/۱۲	۲۳/۳۳	۲/۵۲
HbA1c	معنویت‌درمانی	۸/۶۸	۱/۴۱	۶/۶۶	۱/۷۴	۶/۶۳	۱/۷۷
	امیددرمانی	۸/۵۲	۰/۹۹	۷/۰۸	۱/۵۰	۶/۹۴	۱/۴۵
	گواه	۸/۶۳	۱/۳۰	۸/۶۳	۱/۳۳	۸/۵۸	۱/۳۸

در ادامه پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بررسی شد. نتایج بررسی پیش‌فرض نرمال‌بودن با آزمون کولموگروف‌اسمیرنف نشان داد، توزیع متغیرهای مطالعه‌شده در هر سه گروه و هر سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال است (p>۰/۰۵). قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، برای رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های کرویت موچلی و لون بررسی شد. همچنین معنادارنبودن هیچ‌یک از متغیرها در آزمون لون مشخص کرد که فرض برابری واریانس‌های بین‌گروهی رد نمی‌شود (p>۰/۰۵). درنهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد، این آزمون برای متغیرهای پژوهش معنادار است؛ بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رعایت نشد (p<۰/۰۰۱)؛ ازاین‌رو باتوجه به مقدار اپسیلون از شاخص اصلاح گرین‌هاوس–گیسر برای بررسی نتایج برای اثرات درون‌گروهی و اثرات متقابل استفاده شد.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.221.0]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.210]

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر افسردگی، خودمراقبتی و HbA1c در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
افسردگی	گروه	۳۲/۹۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۱۱
	زمان	۲۰۸/۳۳	<۰/۰۰۱	۰/۸۳۲
	زمان*گروه	۲۶/۴۷	<۰/۰۰۱	۰/۵۵۸
خودمراقبتی	گروه	۲۲/۲۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۱۴
	زمان	۱۱۰/۹۰	<۰/۰۰۱	۰/۷۲۵
	زمان*گروه	۳۰/۹۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۹۶
HbA1c	گروه	۴/۰۹	۰/۰۲۴	۰/۱۶۳
	زمان	۴۲/۸۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۰۵
	زمان*گروه	۱۰/۹۹	<۰/۰۰۱	۰/۳۴۴

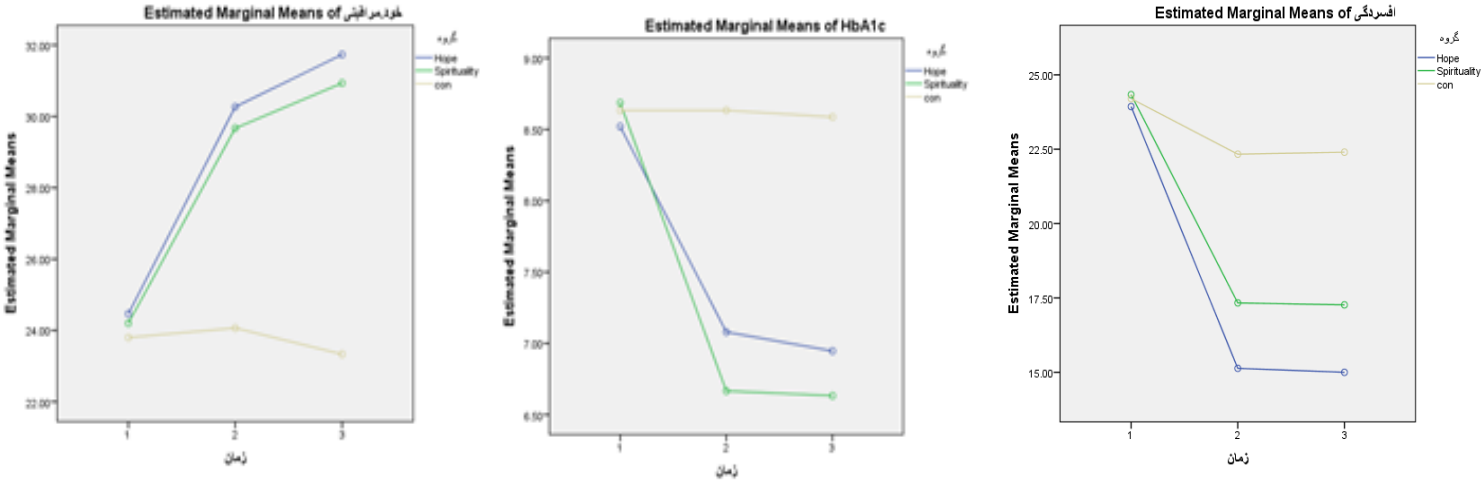
بررسی میانگین‌ها در جدول ۲ و مقدار احتمال در جدول ۳ و نمودارهای شکل ۱ نشان می‌دهد، امیددرمانی و معنویت‌درمانی بر افسردگی ($p<۰/۰۰۱$) و HbA1c ($p=۰/۰۲۴$) اثر کاهنده و بر خودمراقبتی ($p<۰/۰۰۱$) اثر افزاینده دارد. همچنین براساس جدول ۳، میانگین پاسخ‌ها در طول زمان تغییرات معناداری را نشان داد. میانگین افسردگی ($p<۰/۰۰۱$)، HbA1c ($p<۰/۰۰۱$) و خودمراقبتی ($p<۰/۰۰۱$) در طول زمان دارای تغییرات معناداری بود. جدول ۳ و نمودارهای شکل ۱ مشخص می‌کند، اثر متقابل زمان * گروه‌ها موجب کاهش افسردگی ($p<۰/۰۰۱$) و HbA1c ($p<۰/۰۰۱$) و افزایش خودمراقبتی ($p<۰/۰۰۱$) درمقایسه با گروه گواه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها و زمان‌ها

	تفاوت گروه‌ها		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
افسردگی	معنویت‌درمانی	امیددرمانی	۱/۶۲	۰/۶۲۳	۰/۰۳۸
		گواه	-۳/۳۳	۰/۶۲۳	<۰/۰۰۱
	امیددرمانی	گواه	-۴/۹۵	۰/۶۲۳	<۰/۰۰۱
خودمراقبتی	معنویت‌درمانی	امیددرمانی	-۰/۵۵۶	۰/۸۳۸	۱/۰۰۰
		گواه	۴/۵۳	۰/۸۳۸	<۰/۰۰۱
	امیددرمانی	گواه	۵/۰۸	۰/۸۳۸	<۰/۰۰۱
HbA1c	معنویت‌درمانی	امیددرمانی	-۰/۱۸۷	۰/۴۸۷	۱/۰۰۰
		گواه	-۱/۲۸	۰/۴۸۷	۰/۰۳۴
	امیددرمانی	گواه	-۱/۱۰	۰/۴۸۷	۰/۰۴۶
	تفاوت زمان‌ها		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
افسردگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵/۸۸	۰/۴۱۸	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۵/۹۳	۰/۳۹۲	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۴۴	۰/۰۸۵	۱/۰۰۰
خودمراقبتی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۳/۸۴	۰/۳۰۶	<۰/۰۰۱
		پیگیری	-۴/۵۱	۰/۳۴۷	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۶۶۷	۰/۳۲۷	۰/۱۴۳
HbA1c	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۱۵	۰/۱۷۴	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۱/۲۲	۰/۱۷۵	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۷۱	۰/۰۷۱	۰/۹۷۴

براساس جدول ۴، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی حاکی‌از تفاوت معنادار امیددرمانی و معنویت‌درمانی با گروه گواه برای هر سه متغیر افسردگی، فاکتور HbA1c و خودمراقبتی بود. جدول ۴ میانگین‌های مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری را برای متغیرهای افسردگی، فاکتور HbA1c و خودمراقبتی نشان می‌دهد و بیانگر تأثیر مثبت امیددرمانی و معنویت‌درمانی در گروه‌های آزمایش و ماندگاری این تأثیر در مرحلهٔ پیگیری است.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.221.0]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.210]



شکل ۱. نمودارهای مربوط به تغییرات افسردگی و خودمراقبتی و فاکتور HbA1c در سه گروه پژوهش

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی امیددرمانی و درمان معنویت بر افسردگی، خودمراقبتی و فاکتور HbA1c زنان میانسال مبتلا به دیابت نوع دو صورت گرفت. نتایج تجزیه‌وتحلیل داده‌ها نشان داد، هر دو درمان امیددرمانی و معنویت‌درمانی بر کاهش افسردگی و HbA1c و افزایش خودمراقبتی در بین زنان میانسال مبتلا به دیابت تأثیر داشتند، اما بین معنویت درمانی و امیددرمانی در متغیر افسردگی تفاوت معنادار وجود داشت و امیددرمانی درمقایسه با معنویت‌درمانی اثربخش‌تر بود. این نتایج در پیگیری یک‌ماهه نیز پایدار بود. نتایج حاصل از این مطالعه با نتایج حاصل از مطالعات شمس و همکاران که به اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی بر افسردگی و استرس و افزایش خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت اشاره داشته‌اند (۶) و ویناند و همکاران (۱۱) و چویی و هاستینگ (۱۲) که به اثربخشی مداخلات روان‌شناختی مثبت‌گرا بر بهبود متغیرهای مرتبط با بیماران دیابتی اشاره داشته‌اند، همسو بود.

در تبیین اثرگذاری معنادار امیددرمانی می‌توان بیان کرد، گذرگاه‌های ناامیدی که در این پژوهش مرتبط با افسردگی و کاهش خودمراقبتی بود، هیجانات منفی را در فرد افزایش می‌دهد و درنهایت به تغییر وضعیت بیماری منجر می‌شود؛ ولی در امیددرمانی، با کاهش باورهای فراشناختی منفی فرد به این آگاهی دست می‌یابد که توانایی هیجانات منفی ناشی‌از درگیری با بیماری مزمنی را دارد و می‌تواند با گذرگاه‌های امید اهداف درمانی خود را برای افزایش خودمراقبتی پی‌ریزی کند (۲۳). از سوی دیگر در امیددرمانی، سادگی به‌همراه قابلیت فرمول‌بندی و درمان همراه با آموزش و ترویج سریع مداخله، قابلیت زیاد آن برای استفاده در گروه و همچنین برای اختلالات متعدد با زیربنای مشترک و توانایی این درمان برای پیشگیری از بروز و عود اختلالات هیجانی، موجب می‌شود اثرگذاری این درمان در مبتلایان به دیابت نوع دو مشاهده شود و در پیگیری درمان نیز ادامه یابد (۱۷).

در تبیین اثرگذاری معنادار معنویت‌درمانی می‌توان بیان کرد، نکتهٔ مهم و مدنظر در بحث معنویت‌درمانی، آموزش وجود پروردگار به‌عنوان نیرویی لایزال درجهت خودکاوی موهبت‌های درونی و بیرونی است که در بیماران مبتلا به دیابت می‌تواند به‌شدت مؤثر واقع شود؛ زیرا درمانگر به‌نوعی به فرد کمک می‌کند تا مسیرهای معنوی متعدد در رسیدن به آرامش را بررسی کند و از احساسات منفی درگیری وی با بیماری مزمن در شناخت موقعیت‌ها استفاده کند. رشد معنویت و تجربه‌های معنوی برای سلامت انسان سودمند است. همبستگی بین تجربه‌های معنوی و سلامت، انعطاف‌پذیری شخصی و تجربه‌های معنوی، عزت‌نفس و ایمان مذهبی، داشتن ارتباط با خدا و سلامت نشان داده است که تجربه‌هایی را می‌توان به‌مثابهٔ سازوکار خودشفادهنده تفسیر کرد (۱۲). معنویت درمانی به معنی درنظرگرفتن باورهای فرهنگی_ مذهبی مردم در فرایند درمانگری و درنظرگرفتن بعد متعالی مراجعان است. این بعد متعالی آن‌ها را به‌سوی خدا رهبری می‌کند؛ بنابراین برای اینکه درمانگر بتواند بر سلامتی جسمی و روانی مراجع تأثیر مثبت و قاطعی داشته باشد، باید در روند درمان به مسائل معنوی و دینی مراجع نیز بپردازد. ارتباط با خداوند و حرف‌زدن با او باعث آرام‌شدن و کاهش هیجان‌های منفی بیماران می‌شود و آن‌ها را در تصمیم گیری‌های مربوط به بیماری‌شان یاری می‌کند. این عبادت و گرایش به معنویت همچنین باعث تغییر در نگرش، عملکرد و رفتار اجتماعی بیماران می‌شود (۲۵).

در تبیین تفاوت دو رویکرد امیددرمانی و معنویت‌درمانی می‌توان گفت امیددرمانی یکی از روش‌های درمانی روان‌شناختی است که در آن به‌جای تمرکز بر ضعف‌ها به توانمندی‌ها و قابلیت‌های انسان توجه می‌شود. یکی از ابعاد سلامت معنوی انسان، امید است که باعث می‌شود فرد مسیر درست را انتخاب کند و به نتایج مثبت برسد و سلامت معنوی افراد را قادر می‌کند که دیدی فراتر از وضعیت کنونی و درد و رنج خود ببینند (۲۶).

پژوهش حاضر همانند هر تحقیق دیگری با محدودیت‌های متعددی مواجه بود. این پژوهش گروه مردان را در بر نداشت؛ ازاین‌رو امکان تعمیم نتایج را به گروه مردان، دچار مخاطره می‌کند. به‌علاوه در این پژوهش خود بیماران از شرایط خودمراقبتی‌شان اطلاع دادند و نمرات خودگزارش‌دهی براساس دید شخصی آن‌ها بر شرایط بود که می‌توان

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.221.0]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.210]

این نکته را نیز مدنظر قرار داد. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران آتی این پژوهش را بر مردان مبتلا به دیابت نوع دو تکرار کنند و از این پس درمان‌های موج مثبت روان‌شناختی نظیر امید و معنویت در کنار درمان‌های دارویی بر بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام گیرد.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که هر دو درمان امیددرمانی و معنویت‌درمانی بر کاهش افسردگی و HbA1c و افزایش خودمراقبتی در بین زنان میانسال مبتلا به دیابت نوع دو تأثیر دارند، اما بین معنویت درمانی و امیددرمانی در متغیر افسردگی تفاوت معنادار وجود دارد و برای این متغیر، امیددرمانی درمقایسه با معنویت‌درمانی اثربخش‌تر است؛ ازاین‌رو به همکاران روان‌شناس و مشاور توصیه می‌شود در پروتکل‌های درمان مبتلایان به دیابت از این درمان‌ها نیز استفاده کنند.

۶ تشکروقدردانی

از یکایک شرکت‌کنندگان در این پژوهش که صمیمانه و مشفقانه یاری کردند، سپاسگزارم. با امتنان بی‌کران از مساعدت‌های بی‌شائبهٔ استاد عزیزم پروفسور باقر ثنائی ذاکر که چراغ روشنگر وجودشان در میان راه این پژوهش خاموش شد.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول در رشتهٔ روان‌شناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج است. مجوز اجرای این پژوهش در کمیتهٔ اخلاق دانشگاه آزاد کرج و با شمارهٔ IR.IAU.K.REC.1399.039 صادر شده است. در مطالعهٔ حاضر، ملاحظات اخلاقی همچون پرکردن فرم رضایت‌نامهٔ کتبی قبل از ورود به پژوهش، آگاهی از موضوع و روش اجرای پژوهش، اطمینان از محرمانه‌ماندن اطلاعات و نبود خسارت یا هر نوع آسیب، توضیح‌دادن دربارهٔ چارچوب پژوهش، هماهنگی با موازین دینی و فرهنگی، آزادی در خروج از پژوهش رعایت شد و در انتها قدردانی از شرکت‌کنندگان انجام گرفت.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

داده‌های این پژوهش ازطریق رایانامه به نویسندهٔ مسئول (niloufar.tahmouresi@kiau.ac.ir) دردسترس خواهد بود.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

برای انجام این پژوهش حمایت مالی از نهاد یا سازمان یا دانشگاهی دریافت نشده است.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول است. نویسندهٔ دوم استاد راهنمای اول، نویسندهٔ سوم استاد راهنمای دوم و نویسندهٔ چهارم استاد مشاور رساله هستند. همهٔ نویسندگان دست‌نوشته‌ها را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Bardsley JK, Resnick HE. Diabetes mellitus, epidemiology. In: Quah SR, editor. International encyclopedia of public health. 2nd ed. Oxford: Academic Press; 2017. pp: 274-81.
2. Mirsaify Fard LS, Moradi K. The role of life skills on mental disorders (anxiety and depression) in type 2 diabetic patients. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2018;61(5):1248-56. [Persian] doi: 10.22038/MJMS.2018.13328
3. 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. Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders. 2019;18(2):80-9. [Persian] https://ijdld.tums.ac.ir/browse.php?a_id=5748&sid=1&slc_lang=en
4. Ai AL, Carretta H. Depression in patients with heart diseases: gender differences and association of comorbidities, optimism, and spiritual struggle. Int J Behav Med. 2020;1(3):203–21. doi: 10.1007/s12529-020-09915-3
5. Akbari S, Pazokian M, Shirin Abadi Farahani A, Nasiri M, Rajab A. Investigating the effect of spiritual care on the hope of diabetic patients referred to the Iranian diabetes association: a clinical trial. Arch Pharma Pract. 2020;11(S1):124–30.
6. Shams S-A, Moradi Y, Zaker MR. Effectiveness of self-care training on physical and mental health of patients with diabetic type 2. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2017;25(2):54–60. [Persian] doi: 10.21859/nmj-25027
7. Karimi S, Delavar A, Ghaemi F, Dortaj F. Asarbakhshi omiddarmani bar sarmaye ravanshenakhti bimaran mobtala be diabetes noe II [The effectiveness of hope -therapy on the psychological capital of patients with type II diabetes]. Journal of Zabol Diabetes Nursing. 2019;7(2):809–19. [Persian]
8. Atashzadeh_Shoorideh H, Arshi S, Atashzadeh_Shoorideh F. The effect of family-centered empowerment model on the life style, self-efficacy and HbA1C of diabetic patients. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2017;19(4):244–51. [Persian] http://ijem.sbmu.ac.ir/article-1-2258-en.pdf
9. Rahimi MA, AghaYosefi AR, Abaspour P. Studying the effectiveness of ACT on biological markers (2HPP, HBA1C, FBS) with patients with type II diabetes. Yafte: Quarterly Research Journal. 2019;21(2):113-25. [Persian] http://yafte.lums.ac.ir/browse.php?a_id=2752&slc_lang=fa&sid=1&printcase=1&hbnr=1&hmb=1

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.221.0]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.210]

10. Dehghani A. Investigation of life style and quality of life in predicting depression in type II diabetic patients. Journal of Diabetes Nursing. 2018;5(4):293–304. [Persian]
11. Wienand I, Rakic M, Shaw D, Elger B. The beneficence of hope: findings from a qualitative study with gout and diabetes patients. J Bioeth Inq. 2018;15(2):211–8. doi: 10.1007/s11673-018-9853-x
12. Choi SA, Hastings JF. Religion, spirituality, coping, and resilience among African Americans with diabetes. J Relig Spiritual Soc Work. 2019;38(1):93–114. doi: 10.1080/15426432.2018.1524735
13. Krederdt-Araujo SL, Dominguez-Cancino KA, Jiménez-Cordova R, Paz-Villanueva MY, Fernandez JM, Leyva-Moral JM, et al. Spirituality, social support, and diabetes: a cross-sectional study of people enrolled in a nurse-led diabetes management program in Peru. Hisp Health Care Int. 2019;17(4):162–71. doi: 10.1177/1540415319847493
14. Kordi M, Banaei Heravan M. Prediction of self-efficacy and self-care behaviors among diabetic women based on their attitude towards gestational diabetes. Journal of Midwifery and Reproductive Health. 2020;8(4):2486–93. [Persian] doi: 10.22038/jmrh.2020.45863.1558
15. 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. Daneshvar Medicine: Basic and Clinical Research Journal. 2018;26(1):79–87. [Persian] http://daneshvarmed.shahed.ac.ir/article_1829_2ecc8739e7bdaab7819749ed303223e4.pdf
16. Boey KW. Adaptation to type II diabetes mellitus: Depression and related factors. International Medical Journal. 1999;6(2):125–32.
17. Karimi S, Delavar A, Khaemi F, Dortaj F. The effect of hope therapy on self-care in patients with type II Diabetes. Community Health Journal. 2019;13(2):33–44. [Persian] doi: 10.22123/chj.2019.192445.1318
18. McCoy MA, Theeke LA. A systematic review of the relationships among psychosocial factors and coping in adults with type 2 diabetes mellitus. International Journal of Nursing Sciences. 2019;6(4):468–77. doi: 10.1016/j.ijnss.2019.09.003
19. VanVoorhis CRW, Morgan BL. Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. Tutorials in Quantitative Methods for Psychology. 2007;3(2):43-50. doi: 10.20982.tqmp.03.2.p043
20. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry. 1961;4:561-71. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
21. Taheri Tanjani P, Garmaroudi G, Azadbakht M, Fekrizadeh Z, Hamidi R, Ghisvandi E, et al. Validity and reliability Beck Depression Inventory-II among the Iranian elderly population. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2015;22(1):189-98. http://jsums.medsab.ac.ir/article_550_en.html
22. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. Diabetes Care. 2000;23(7):943-50. doi: 10.2337/diacare.23.7.943
23. Snyder CR. Handbook of hope: theory, measures, and applications. San Diego, CA: Academic Press; 2002.
24. Richards PS, Hardman RK, Berrett ME. Spiritual approaches in the treatment of women with eating disorders. Washington: American Psychological Association; 2007.
25. Poorakbaran E, Mohammadi GhareGhozlou R, Mosavi SMR. Evaluate the effectiveness of therapy on cognitive emotion regulation spirituality in women with breast cancer. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2018;61(4):1122-36. [Persian] doi: 10.22038/MJMS.2018.12223
26. Saberi Noghabi E, Zarvandi R, Jeddi H, Jamali Noghabi Z, Mazloum Shahri SB, Noori R. The effect of group hope therapy on spiritual health of cancer patients: a semi experimental study. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2020;19(4):369-82. https://journal.rums.ac.ir/browse.php?a_id=4939&sid=1&slc_lang=fa&html=1

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.221.0]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.210]